

Escola Superior de Saúde de Santarém

**A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE APÓS UM PARTO COM TRAUMA PERINEAL:
A PERSPETIVA DA MULHER**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Joana Patrícia Pereira Cesário

Orientação:

Teresa Margarida Inácio Silva Carreira

Dezembro, 2024

"Faz algo, todos os dias, que te assuste. É aí que tu cresces."

Eleanor Roosevelt

A todos aqueles que fizeram parte deste caminho, o meu enorme agradecimento. Mas não ficaria realizada se não dedicasse um agradecimento especial a alguns de Vós...

A si, Professora Teresa Carreira,

pela disponibilidade, tempo, apoio e liberdade de construir este caminho incrível à luz dos meus objetivos, ambições e devoções.

A todas as colegas enfermeiras EESMO que me orientaram,

por todos os ensinamentos, partilhas e bagagem que me deram para eu trazer comigo para esta viagem e, sobretudo para a vida. As minhas aprendizagens vão muito além do que está escrito no papel.

Em especial a ti M.,

que és uma força da natureza! Conheci os teus dias de sol e os teus dias mais cinzentos e, todos eles foram um privilégio, desde o primeiro dia!

Obrigada por escreveres comigo este capítulo.

A todas as mulheres e casais,

que enriqueceram toda a minha experiência enquanto pessoa e futura EEESMO.

A ti “pachoca”,

pelas horas infindáveis que passámos juntas. Graças a ti não arruinei os períneos das senhoras a suturar.

Aos meus colegas de trabalho,

“a minha equipa”, por me ajudarem a conciliar os horários, por todos os ensinamentos e por terem sempre uma palavra de ânimo quando o cansaço se apoderava.

Às minhas colegas de caminhada que envergaram nesta jornada comigo.

Por todas as partilhas, risos e lágrimas. Por todo o crescimento que construímos juntas! Parabéns a todas nós!

À minha família e aos meus amigos, e em especial à minha mãe,

por serem o meu pilar, pela presença em todos os momentos, pelo carinho, apoio, conforto, incentivo e compreensão, principalmente nos momentos mais difíceis.

Sem vocês, não teria conseguido alcançar o que alcancei!

E por fim, a ti, meu amor,

a quem este mestrado “roubou” tantas das nossas horas lado a lado.

Tu, que sempre apoias qualquer que seja a minha decisão ou projeto em que envergue.

Tu, que és exemplo de determinação, garra e perseverança e que fazes-me querer ser sempre mais.

O meu obrigada mais sentido, a ti, meu companheiro de vida.

***A todos vocês que me limparam as lágrimas e foram “abraço-casa”,
O meu enorme e eterno agradecimento!***

Serão sempre recordados neste capítulo da minha vida.

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AM – Aleitamento Materno

ARS – Administração Regional de Saúde

BP – Bloco de Partos

CCEE – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CCU – Cancro do Colo do Útero

CEEEESMO – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

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

CPPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTG – Cardiotocográfico

CU – Contrações Uterinas

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção-Geral de Saúde

EE – Esforços Expulsivos

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FC – Frequência Cardíaca

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HPV – Vírus do Papiloma Humano

HTA – Hipertensão Arterial

ICM – *International Confederation of Midwives*

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

MF – Materno-fetal

mg/dl – miligrama por decilitro

nº – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PE – Parto Eutócico

PF – Planeamento Familiar

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

PP – Plano de Parto

PTGO – Prova de Tolerância à Glicose Oral

RN – Recém-Nascido

SR – *Scoping Review*

TA – Tensão Arterial

TP – Trabalho de Parto

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD – Visita Domiciliária

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

O presente relatório integra o percurso formativo realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, documentando o desenvolvimento de competências especializadas e refletindo sobre a prática nos diferentes contextos de estágio: puerpério, ginecologia, gravidez patológica, comunidade e bloco de partos. Este percurso permitiu à mestrandia integrar conhecimentos teóricos e práticos, consolidando uma abordagem holística e personalizada, focada nas necessidades das mulheres ao longo do ciclo de vida.

A investigação teve como objetivo compreender de que forma as mulheres vivenciam a sexualidade após um parto vaginal com trauma perineal, tema frequentemente negligenciado, mas com implicações significativas para a saúde e bem-estar. A metodologia utilizada incluiu uma revisão *scoping* e um estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas realizadas a mulheres que experienciaram trauma perineal. Os resultados evidenciaram o impacto profundo das lesões na vivência sexual, com relatos de alterações físicas e emocionais, bem como a necessidade de estratégias de adaptação. Identificou-se também a carência de informações e suporte adequado por parte dos profissionais de saúde.

Destaca-se a necessidade urgente de os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica assumirem um papel mais ativo na promoção de uma sexualidade saudável, integrando esta dimensão nos cuidados prestados. Apesar de ser um elemento central da saúde feminina, a vivência sexual continua frequentemente descurada, exigindo intervenções mais inclusivas e práticas que valorizem esta componente. Assim, este relatório reforça a relevância de uma abordagem humanizada e baseada em evidências, instigando à promoção de discussões e contribuições científicas que ampliem a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na área da saúde sexual.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, parto vaginal, trauma perineal, sexualidade, saúde materna.

ABSTRACT

This report integrates the training path undertaken within the framework of the M. Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing (EEESMO), documenting the development of specialized competencies and reflecting on practice across different internship contexts: postpartum, gynecology, pathological pregnancy, community, and delivery rooms. This journey enabled the author to integrate theoretical and practical knowledge, consolidating a holistic and personalized approach focused on meeting women's needs throughout the life cycle.

The research aimed to understand how women experience sexuality following vaginal delivery with perineal trauma, a topic often overlooked but with significant implications for health and well-being. The methodology included a scoping review and a qualitative study with semi-structured interviews conducted with women who had experienced perineal trauma. The findings revealed the profound impact of such injuries on sexual experiences, with reports of physical and emotional changes as well as the need for adaptive strategies. A lack of adequate information and professional support was also identified.

The urgent need for EEESMO to play a more active role in promoting healthy sexuality, integrating this dimension into provided care, is highlighted. Despite being a central element of women's health, sexuality remains frequently neglected, demanding more inclusive interventions and practices that value this component. Thus, this report reinforces the relevance of a humanized, evidence-based approach, encouraging the promotion of discussions and scientific contributions that expand the role of EEESMO in the field of sexual health.

Keywords: *EEESMO, perineal trauma, sexual experiences, sexuality, maternal health.*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	13
1.1. A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE APÓS UM PARTO COM TRAUMA PERINEAL.....	13
1.2 A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE E OS MODELOS TEÓRICOS DE ENFERMAGEM	14
2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	16
2.1. SCOPING REVIEW	16
2.1.1. Estruturação da Pesquisa	16
2.1.2. Resultados/Achados da Scoping Review	17
2.2. TRABALHO DE CAMPO	19
2.2.1. Caracterização e formulação do estudo	20
2.2.2. Resultados/Achados do trabalho de campo	21
2.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	23
3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	29
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS	30
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS EEESMO	31
3.2.1 Estágio de ESMO em Puerpério	32
3.2.2 Estágio de ESMO em Consulta de Ginecologia	36
3.2.3 Estágio de ESMO em Consulta De Gravidez Patológica	39
3.2.4 Estágio de ESMO na comunidade	41
3.2.5 Estágio de ESMO no BP	47
4. INTERVENÇÃO DO EEESMO NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA MULHER	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	73
ANEXO I – Registo de Experiências	74

APÊNDICES.....	75
APÊNDICE I – <i>Scoping Review</i> : Protocolo	76
APÊNDICE II – Projeto de Investigação	129
APÊNDICE III – Cronograma	146
APÊNDICE IV – Parecer do Departamento de Ética	147
APÊNDICE V – Caderno de Recolha de Dados.....	149
APÊNDICE VI – Consentimento informado	152
APÊNDICE VII – Análise do conteúdo das entrevistas	153
APÊNDICE VIII – Projeto de Estágio.....	162
APÊNDICE IX – Plano da sessão de educação para a saúde realizada no contexto de ESMO no Puerpério..	191
APÊNDICE X – Apresentação digital da sessão de educação para a saúde realizada no contexto de ESMO no Puerpério	193
APÊNDICE XI – Apresentação educativa realizado no contexto de esmo em Consulta de Ginecologia e de Gravidez Patológica sobre sexualidade durante o climatério e a menopausa.....	195
APÊNDICE XII – Apresentação educativa realizado no contexto de esmo em Consulta de Ginecologia e de Gravidez Patológica sobre sexualidade em mulheres com depressão.....	197
APÊNDICE XIII – Apresentação educativa realizado no contexto de esmo em Consulta de Ginecologia e de Gravidez Patológica sobre a intimidade na sala de partos	199
APÊNDICE XIV – Plano da sessão de educação para a saúde realizada no contexto de ESMO na Comunidade	201
APÊNDICE XV – Apresentação digital da sessão de educação para a saúde realizada no contexto de ESMO na Comunidade.....	203
APÊNDICE XVI – Plano da sessão de educação para a saúde realizada no contexto de ESMO no Bloco de Partos	206
APÊNDICE XVII – Apresentação digital da sessão de educação para a saúde realizada no contexto de ESMO no Bloco de Partos	208
APÊNDICE XVIII – poster desenvolvido para participação no seminário EdSex	211

INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) marca o encerramento do percurso académico necessário para a finalização do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO). Esta jornada iniciou-se com aulas teóricas e evoluiu para a aplicação prática dos conhecimentos em diversos contextos de cuidado à mulher ao longo do seu ciclo de vida.

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências teórico-práticas foi definido pela *International Confederation of Midwives* (ICM) (ICM, 2024) e pela Diretiva 2005/36/CE (União Europeia, 2005) e, orientado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) através do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) (Regulamento nº 140/2019, 2019), do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CEEEESMO) (Regulamento nº 391/2019, 2019) e dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da OE (2021).

Para obter o grau de Mestre em ESMO, a mestranda seguiu uma jornada académica guiada pelos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, que incluem cinco domínios: conhecimento e compreensão, aplicação dos conhecimentos, tomada de decisões, comunicação e competências de autoaprendizagem (Joint Quality Initiative, 2004). Em conformidade com o Decreto-Lei nº 65/2018, a elaboração e defesa pública deste relatório viabilizam a obtenção do título de Mestre.

O presente relatório combina duas componentes essenciais para a aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermeiro de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e grau de Mestre: uma reflexão sobre as atividades realizadas e as experiências vividas no desenvolvimento das competências regulamentadas para a prática, e a apresentação de uma investigação científica, incluindo uma *Scoping Review* (SR) e um trabalho de campo, com respetivos resultados, discussões e conclusões.

A reflexão sobre as experiências nos estágios será apresentada em articulação com a aquisição das CCEE (Regulamento nº 140/2019, 2019) e das CEEESMO (Regulamento nº 391/2019, 2019). Esta análise encontra-se organizada pelos diferentes contextos de estágio: Puerpério, Ginecologia, Gravidez Patológica, Comunidade e Bloco de Partos (BP).

A escolha do tema de investigação alinha-se com os interesses pessoais e profissionais que a mestranda desenvolveu ao longo do seu percurso académico. Neste sentido, delineou estudar a vivência da sexualidade da mulher após um parto com trauma perineal. Desde a Licenciatura,

dedicou-se ao estudo da sexualidade humana, o que lhe permitiu adquirir uma visão crítica sobre a importância de abordar este tema no meio científico, promovendo a literacia em saúde e combatendo tabus e a falta de informação. A decisão de aprofundar a vivência sexual no pós-parto surgiu da observação, na sua prática clínica, de que o trauma perineal pode impactar significativamente a forma como as mulheres experienciam a sua sexualidade. Com isso, formulou a questão “De que forma a mulher vivencia a sexualidade no pós-parto?”, que orientou o seu estudo e explorou essa realidade.

O presente relatório tem dois **objetivos gerais**: refletir sobre a aquisição de competências específicas durante o estágio e analisar a temática estudada à luz de fundamentos teóricos e resultados obtidos. Os **objetivos específicos** incluem: refletir sobre a intervenção do EEESMO na promoção do bem-estar feminino ao longo do ciclo de vida; aprofundar conhecimentos com base em evidência científica que sustente a prática; tomar decisões e prestar cuidados fundamentados em Orientações, Regulamentos e diretrizes; aprofundar a metodologia da *SR*; analisar a vivência da sexualidade da mulher após trauma perineal; e discutir a intervenção do EEESMO na promoção de uma sexualidade saudável, quer ao longo do seu ciclo de vida quer, especificamente, após trauma perineal.

A apresentação e discussão pública deste relatório permitirá à mestranda obter o título profissional de EEESMO e o grau académico de Mestre.

No que concerne à estrutura do presente documento, este encontra-se dividido em 4 capítulos, o primeiro “ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO” compreende um enquadramento conceptual e teórico face à vivência da sexualidade e modelo de enfermagem que rege a prática da mestranda; o segundo capítulo “METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO” que abrange o desenvolvimento e resultados identificados na *SR* e no trabalho de campo; no terceiro capítulo “ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS” são explanadas as vivências mais significativas na aquisição de competências regulamentadas e que conferem a aquisição do grau mestre e especialista; e por fim, no quarto capítulo “INTERVENÇÃO DO EEESMO NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA MULHER” reflete-se sobre a intervenção do EEESMO na promoção de uma vivência saudável da experiência sexual da mulher ao longo de todo o ciclo de vida tendo como cenário o trabalho desenvolvido pela mestranda nos diferentes contextos de estágio.

Este relatório foi redigido segundo o Novo Acordo Ortográfico, em conformidade com as Normas de Elaboração de Trabalhos Escritos do Instituto Politécnico de Santarém (2012) e a 7ª edição das normas da *American Psychological Association* publicada pela Universidade Aberta (2020).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

Este capítulo apresenta uma contextualização conceitual da temática em estudo, seguida de uma exposição teórica que sustenta a relevância dessa abordagem para a prática de enfermagem.

1.1. A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE APÓS UM PARTO COM TRAUMA PERINEAL

A sexualidade é um aspeto central da vida humana, e a sua vivência saudável é essencial para a saúde sexual, que deve ser vista como um estado de completo bem-estar físico, mental, emocional e social. Esta é fundamental para o bem-estar geral de indivíduos, casais e famílias ao longo do ciclo de vida (World Health Organization (WHO), 2015).

A sexualidade integra um aspeto central do ser humano e é transversal a toda a vida, sendo ajustada aos interesses, etapas e condições de saúde/doença (WHO, 2015; WHO, 2023).

Ao longo do ciclo de vida, as mudanças fiso-psico-sociais da mulher tendem a afetar a sua vivência da sexualidade. Nomeadamente após o parto, especialmente se for via vaginal, a sexualidade pode envolver experiências problemáticas, com mudanças na forma de viver e sentir essa dimensão, gerando, por vezes, sentimentos negativos e desconfortos (Sousa et al., 2021).

O parto é reconhecido como um processo composto por uma série de mecanismos, que culminam no nascimento (expulsão ou extração para o exterior) de um ou mais bebés. O bebé pode ser exteriorizado através da cavidade abdominal, designando-se por cesariana, ou expulso/extraído para o exterior através do canal vaginal acomodado pelo pavimento pélvico.

Durante o Trabalho de Parto (TP), os mecanismos envolvidos na expulsão do bebé implicam um estiramento dos tecidos da vagina e períneo (Beleza, 2019). Esse processo pode condicionar a integridade dos tecidos, desencadeando lesões espontâneas (lacerações), intencionais (episiotomia) ou ambas (Aasheim et al., 2017; Petročnik & Mivšek, 2023).

Estas lesões, interpretam-se como trauma perineal e representam uma perda de integridade dos tecidos que pode afetar desde a região urogenital até a anal, envolvendo estruturas da pele à mucosa anal. São classificadas entre Grau I e Grau IV, conforme a sua extensão (vulva, clitóris, uretra, pele, tecido subcutâneo, epitélio e mucosa vaginal, músculos períneo, esfíncteres e mucosa anal) (The Royal Women's Hospital, 2020). Aproximadamente 50 a 80% das mulheres que passam por um parto vaginal sofrem algum tipo de trauma perineal, seja por episiotomia, laceração ou ambos (Beckmann & Stock, 2013; The Royal Women's Hospital, 2020).

Peppe et al. (2018) destaca o crescente interesse da comunidade científica sobre os tecidos

perineais e o trauma associado ao parto, devido às possíveis consequências negativas para a vida da mulher e do casal. As implicações dessas lesões variam conforme a região anatômica, estrutura afetada e extensão do trauma (Williams et al., 2007).

Face a isto, após o parto, especialmente com trauma perineal, as mulheres podem vivenciar alterações na sexualidade, com sentimentos negativos, sensações desconfortáveis, baixa libido, alterações no prazer e lubrificação. Isto tende a repercutir-se no conforto e bem-estar sexual da mulher ((Forero-Santacruz et al., 2021; Magoga et al., 2019; Sousa et al., 2021; Santos et al., 2022)

O enfermeiro possui competências para intervir junto de mulheres com alterações no bem-estar, promovendo a saúde (Regulamento nº 190/2015, 2015). O EEESMO, em particular, detém competências técnicas e relacionais para intervir no âmbito da sua saúde sexual, designadamente face à vivência sexual após um parto com trauma perineal (Regulamento nº 391/2019, 2019).

1.2 A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE E OS MODELOS TEÓRICOS DE ENFERMAGEM

A prática de enfermagem fundamenta-se em teorias que, ao longo dos anos, servem de base e legitimam os cuidados, justificando e adaptando as intervenções conforme o contexto e as necessidades de cada paciente (Meleis, 2010).

Para fundamentar a importância de estudar a vivência da sexualidade das mulheres após o parto com trauma perineal, são recrutadas duas teorias de médio alcance: a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis oferece suporte para a intervenção de enfermagem nas transições ao longo do ciclo de vida, que incluem mudanças desenvolvimentais, situacionais, de saúde-doença e organizacionais. Essas transições, mais ou menos complexas, envolvem mudanças na identidade, papéis, relacionamentos e comportamentos (Meleis, 2010). Neste contexto interessa cingir o conhecimento apenas às transições desenvolvimentais, onde estão inseridas as inerentes à parentalidade e ao processo gravídico-puerperal. Após o parto, designadamente o vaginal, podem surgir modificações que tendam a condicionar a vivência da sexualidade, o que requer adaptação por parte da mulher.

A Teoria do Conforto afirma que a sensação de conforto está ligada à satisfação de necessidades físicas, psicoespirituais, socioculturais e ambientais (Kolcaba, 2001; Kolcaba, 2003). No contexto do pós-parto, as necessidades psicoespirituais, relacionadas à autoestima, autoconceito e sexualidade, tornam-se especialmente relevantes, pois as mudanças desse período podem afetar a percepção de conforto da mulher (Lima et al., 2016).

Os enfermeiros são os principais cuidadores do indivíduo e família no decurso de uma transição. Estes devem identificar as necessidades alteradas de forma a projetar e coordenar

intervenções, apoiando e assistindo na procura de soluções, que visem o seu restabelecimento, a fim de promover a percepção de conforto e bem-estar (Kolcaba, 2003; Mendes, 2012).

Dado que o pós-parto representa uma transição e que a satisfação da sexualidade está ligada ao conforto, a promoção de uma sexualidade saudável é uma competência do EEESMO (Regulamento nº 319/2019, 2019). É, portanto, relevante compreender como a mulher vivencia a sexualidade após um parto com trauma perineal para promover o seu bem-estar. A experiência profissional da autora e a fundamentação teórica indicam que algumas mulheres enfrentam dificuldades e sentimentos negativos ao retomar a atividade sexual após o parto, tornando-se pertinente mapear a evidência científica sobre essa vivência no pós-parto.

Perspetiva-se que a utilização destas teorias no estudo e prática desenvolvida pela autora poderá contribuir para melhor compreender e intervir as mudanças vivenciadas pela mulher que condicionam o seu conforto face à sexualidade. Assim, através da orientação holística e personalizada das ações do EEESMO, prevê-se uma exponenciação da sua sensação de conforto e uma facilitação do processo de transição de forma saudável.

2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Para que os cuidados de enfermagem se mantenham atualizados, é fundamental que a comunidade científica continue a demonstrar interesse nas suas áreas de atuação. A investigação, ao ser divulgada, repercute-se na sociedade, impactando de forma direta e, geralmente, positiva os cuidados prestados a indivíduos e populações (Sousa & Baptista, 2011).

Este capítulo integra a metodologia científica utilizada, a *SR* e a pesquisa empírica desenvolvida em trabalho de campo.

2.1. SCOPING REVIEW

Tendo como base a metodologia *Joanna Briggs Institute® - Manual for Evidence Synthesis* a revisão *scoping* é uma metodologia desenvolvida com o objetivo de, de forma sistematizada, mapear a evidência científica sobre um tema. A *SR* permite a produção de novos conhecimentos, sendo uma ferramenta essencial ao EEESMO na procura da melhoria contínua e atualizada dos cuidados prestados.

A proposta de realizar a *SR* sobre esta temática surgiu durante a UC de Estágio e Relatório em ESMO, abrangendo a evidência científica disponível até dezembro de 2023. Para a sua realização, foi feita uma pesquisa inicial em várias bases de dados e fontes de literatura cinzenta (*Google Scholar*), constatando-se a ausência de estudos similares e contemporâneos.

A seguir, serão descritos alguns passos da metodologia adotada. O protocolo detalhado da *SR* encontra-se no APÊNDICE I.

2.1.1. Estruturação da Pesquisa

Dada a relevância do estudo e após a pesquisa preliminar, definiu-se o título: “A vivência da sexualidade após parto vaginal com trauma perineal: a perspetiva da mulher”. O objetivo foi mapear a evidência científica mais recente sobre a forma como a mulher vivencia a sexualidade após um parto vaginal com trauma perineal.

A etapa seguinte foi a formulação da questão de revisão, com base na mnemónica PCC (Participantes, Conceito e Contexto): “De que forma a mulher vivencia a sexualidade após um parto vaginal com trauma perineal?”. As participantes são mulheres que passaram por parto vaginal com trauma perineal, os conceitos incluem “sexualidade”, “mulher”, “parto vaginal” e “trauma perineal”, e o contexto não foi especificamente delimitado.

Realizou-se uma pesquisa preliminar na base de dados Pubmed e na plataforma EBSCOhost (incluindo MEDLINE Complete, CINAHL Complete, MedicLatina e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive) para verificar a existência de estudos pertinentes. A análise dos títulos e resumos permitiu estabelecer o intervalo cronológico relevante e identificar os descritores de pesquisa.

Com base nisso, foram validados os termos Mesh “*sexuality*”, “*delivery, obstetric*” e “*pelvic floor disorders*”, através da Plataforma *MeSHbrowser*. Como esses termos, isoladamente, não geraram resultados relevantes, acrescentaram-se os termos naturais “*perineal injury*” e “*perineal trauma*”. A principal dificuldade foi identificar os termos que produzissem resultados úteis. Após várias combinações com os operadores booleanos *AND* e *OR*, definiu-se a expressão de pesquisa final: (*sexuality*) *AND* (*woman*) *AND* (*delivery, obstetric*) *AND* (*pelvic floor disorders OR perineal injury OR perineal trauma*).

Foram incluídos estudos em português, inglês ou espanhol que abordassem a vivência da sexualidade após trauma perineal sob a perspectiva da mulher, com texto integral disponível, de abordagem qualitativa, quantitativa ou mista, publicados entre janeiro de 2014 e dezembro de 2023 e acessíveis nas bases de dados mencionadas.

A aplicação da expressão de pesquisa, juntamente com os limitadores (quadro no protocolo no APÊNDICE I), resultou num total de 323 estudos: 179 na base de dados Pubmed e 144 nas bases de dados da plataforma EBSCOhost.

Dos 323 estudos iniciais, 63 foram excluídos por duplicação. Restaram 260, dos quais, perante a leitura dos títulos e resumos, rejeitaram-se os estudos que não eram primários e não cumpriam os critérios PCC. Daqui resultaram 21 artigos, que foram lidos globalmente e, pelas razões expostas no protocolo, excluídos 16. Emergiram 5 estudos para análise, nos quais participaram 650 mulheres, que contribuíram para responder à questão de pesquisa. O fluxograma detalhado está disponível no protocolo (APÊNDICE I).

2.1.2. Resultados/Achados da Scoping Review

Para analisar e organizar sistematicamente a evidência científica, a mestranda utilizou os instrumentos de extração de dados dos APPENDIX IV e V do protocolo (APÊNDICE I). Após organizar os dados, estruturou as vivências relatadas em áreas de interesse, destacando o impacto físico e psicossocial do trauma perineal na vivência sexual das mulheres. Os dados completos e sua interligação estão detalhados na seção “*Data Presentation*” do protocolo da SR (APÊNDICE I).

Os estudos de Fodstan et al. (2016), He et al. (2020), Priddis et al. (2014), Huber et al. (2022) e Delegado-Pérez et al. (2022) revelam que, após trauma perineal, as experiências sexuais das mulheres tendem a ser negativas e marcadas por sofrimento. Para as mulheres, o trauma perineal **influenciou o seu bem-estar**. Retomar a vivência da sexualidade constitui um **desafio**, albergando

diversos sentimentos, percepções estranhas e desconfortos, o que tende a causar muita **angústia**.

Em todos os estudos analisados verifica-se a partilha de relatos de medo e preocupação face ao retornar da prática sexual. Destacam-se aqui sentimentos de ansiedade e episódios de choro por medo da dor que expectavam vir a sentir, perspetivando isto como um **pesadelo** e adiando-o o mais possível, sendo que, quanto mais grave for o trauma, maior é a tendência para **adiamento**.

Aferiu-se que o trauma perineal acarreta um risco acrescido de desenvolver **desconfortos** associados à prática sexual. Nos estudos analisados verifica-se que a queixa mais prevalente das mulheres é, de facto, a **dor associada à prática sexual**. Esta dor é descrita, tanto ao nível da cicatriz como ao longo do canal vaginal, quer ao toque e/ou fricção, como durante a penetração. As sensações dolorosas vão desde um pequeno desconforto/incómodo a dores de grande intensidade, existindo inclusive participantes que revelaram sentir necessidade de fazer medicação analgésica antes ou após a prática sexual.

Alguns relatos indicam mudanças percebidas nos tecidos, nomeadamente uma **diminuição da elasticidade**, uma **sensação de peso** constante no pavimento pélvico e a impressão de que o **canal vaginal ficou mais largo** e os **tecidos mais flácidos**.

Em contrapartida, algumas mulheres relatam perspetivas positivas, afirmando que **o trauma perineal não afetou a sua vivência sexual** e que, inclusive, até **melhorou**.

Mulheres que desenvolveram incontinência urinária e/ou fecal como sequela do trauma perineal expressaram o **receio de perda de controlo dos esfíncteres durante o ato sexual**, o que lhes causava **ansiedade e dificultava uma vivência espontânea e relaxada da sexualidade**.

As participantes elucidam que estes **desconfortos e sensações dolorosas prejudicam a percepção de prazer** durante a experiência sexual, refletindo-se posteriormente, de forma negativa, na sua excitação e lubrificação. As mudanças ocorridas tendem a **afetar a autoestima e confiança** das mulheres. Estas, descrevem a necessidade de se sentirem atraentes e desejadas pelos companheiros de forma a colmatar o impacto do trauma perineal.

Denota-se que algumas mulheres **retomam a atividade sexual sem se sentirem prontas ou predispostas**. Embora os companheiros sejam descritos como compreensivos e colaborativos, as mulheres relatam uma certa insistência da parte deles, o que as leva a sentir pressão para recomeçar, muitas vezes, precocemente. Acabam por sentir-se **obrigadas a "avançar"**, encarando isso como um **cumprimento de dever**. Em retrospectiva, as participantes refletem que essa pressão pode ter prejudicado a sua vivência da sexualidade.

Ainda assim, a presença, empatia e apoio do companheiro, sustentados pela comunicação, são descritos como fundamentais. No entanto, observa-se que muitas mulheres sentem **dificuldade em expressar os desconfortos e sentimentos** associados à sua vivência da sexualidade, o que acaba por transmitir ao companheiro uma falsa impressão de normalidade.

As mulheres revelam a necessidade de **procurar ajuda e estratégias** para uma vivência sexual saudável após o trauma perineal. Muitas referem precisar de **maior planeamento, mais tempo de “preliminares” e de um “ambiente” propício, opondo-se à vivência espontânea e imprevisível** que acontecia anteriormente. Algumas relatam alterações nas **necessidades sexuais se alteraram e que o interesse e desejo pela penetração ou estimulação genital diminuiu**. Começaram a privilegiar o **erotismo, o toque corporal, a troca de carícias, o beijo, as massagens e os jogos sexuais**. Outras preferiram **controlar a profundidade da penetração e adotar posições** que minimizassem a dor. Além disso, implementaram a utilização assídua de **géis e lubrificantes** com o objetivo de aumentar a libido e a lubrificação, diminuindo também o desconforto. Algumas mulheres referem ainda que começaram a **encurtar o tempo do contacto sexual** (em detrimento da sua própria satisfação), de forma a abolir rapidamente o desconforto.

Diante dos desconfortos e dúvidas, as mulheres recorreram a **grupos de apoio**, que são descritos como benéficos e facilitadores, proporcionando partilha, gestão emocional e reflexão. Estes grupos ajudaram a fortalecer os mecanismos de *coping* e promoveram uma adaptação positiva às dificuldades.

Apesar da importância dos momentos de partilha, as mulheres notam a **escassez de oportunidades** para isso. Um dos principais aspetos destacados é a **falta de informação e acompanhamento de profissionais de saúde competentes**. As participantes relatam sentir-se **pouco informadas e esclarecidas** sobre as lesões, cuidados e desconfortos após o parto, o que as levou a enfrentar **sozinhas** essas dificuldades, sem a certeza de que as sensações e alterações vividas eram "normais".

Na sociedade, a dor e o desconforto após um parto vaginal com trauma perineal são muitas vezes considerados efeitos "normais" e inevitáveis. Os **profissionais de saúde normalizam e desvalorizam** a gravidade dos desconfortos relatados pelas mulheres, especialmente em relação às vivências sexuais. Isso faz com que as mulheres se sintam **inibidas e desconfortáveis ao expressar seus sentimentos e necessidades**, o que pode **ocultar uma eventual necessidade de intervenção**. As participantes dos estudos relatam a dificuldade em encontrar profissionais de saúde que abordem abertamente o impacto do trauma perineal na sexualidade. Diante dessa carência de apoio profissional, muitas mulheres acabam recorrendo a amigas, *blogs* e grupos em redes sociais para obter informação e aconselhamento.

2.2. TRABALHO DE CAMPO

Depois de mapeada a evidência científica a respeito da temática, transitou-se para a projeção e implementação do trabalho de campo. Em seguida apresentam-se alguns aspetos da estruturação e implementação da pesquisa empírica.

2.2.1. Caracterização e formulação do estudo

Para o desenvolvimento da presente pesquisa empírica, projetou-se um estudo de paradigma qualitativo descritivo com um tipo de amostra não probabilística por conveniência, cuja questão norteadora fora: “Quais as vivências das mulheres relativamente à sexualidade após um parto vaginal com trauma perineal?”.

O estudo em causa desenvolvido pela autora teve como objetivo identificar de que forma a mulher vivenciou a sua sexualidade após ter experienciado um parto vaginal com trauma perineal.

A investigadora planeou que o estudo ocorresse entre fevereiro e julho do ano em curso, durante o estágio no BP. Para oficialização da pretensão da autora foi requerida autorização e parecer ao Conselho de Administração e Centro de Investigação e Inovação Clínica da Unidade Local de Saúde onde o estudo foi realizado, expondo integralmente a intenção e projeção do estudo. Neste contexto foi necessário a submissão de diversos documentos, nomeadamente o Projeto de Investigação (APÊNDICE II) e o cronograma de atividades (APÊNDICE III). Encontra-se também em APÊNDICE (APÊNDICE IV) o parecer favorável da entidade reguladora da Instituição.

A população-alvo incluiu mulheres multigestas ou múltiparas (que no caso tivessem um parto anterior à gestação/paridade do momento) internadas no serviço contíguo ao BP, com mais de 18 anos, que tivessem tido pelo menos um parto vaginal com trauma perineal e que desejassem participar.

Perante o tipo de estudo delineado decidiu-se realizar entrevistas formais, semiestruturadas, guiadas por um guião (caderno de recolha de dados que consta no APÊNDICE V). As entrevistas abordaram a vivência da sexualidade após o trauma perineal, desconfortos sentidos, impacto no conforto e bem-estar sexual e a perceção da abordagem dos profissionais de saúde. Foram realizadas individualmente, em espaço privado, com gravação de áudio via telemóvel, e cada participante foi entrevistada apenas uma vez.

Após cada entrevista, estas foram identificadas numericamente e transcritas. As gravações foram guardadas com cuidado e serão apagadas após a defesa pública do presente relatório, garantindo a privacidade das participantes. Os dados foram analisados com recurso à técnica de análise de conteúdo segundo Bardin.

Houve uma preocupação constante em garantir os direitos fundamentais das participantes, assegurando o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade e à proteção contra o desconforto e o prejuízo.

Durante as entrevistas, foram garantidas condições de privacidade, e as participantes foram informadas, sem coerção, sobre a finalidade e os termos do estudo, sendo questionadas sobre a sua intenção de participar. Foi-lhes apresentado e solicitado o consentimento informado

(APÊNDICE VI), que autorizava o uso anónimo dos dados para fins académicos e investigativos. Todas as informações identificáveis foram ocultadas. Posto isto, preconiza-se que, para a elaboração da componente de investigação no contexto de estágio foram considerados os termos enunciados no Código Deontológico dos Enfermeiros, nas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, nas CCEE e nas CEEESMO.

Perante o seguimento de todos os pressupostos supramencionados realizaram-se 6 entrevistas, entre março e julho de 2025, que contribuíram de forma significativa para a questão de investigação. Os dados recolhidos serão apresentados em seguida em forma de resultados.

2.2.2. Resultados/Achados do trabalho de campo

O estudo implementado contemplou a realização de seis entrevistas a mulheres submetidas a trauma perineal induzido e espontâneo. Os dados recolhidos foram agrupados em cinco categorias sendo elas: vivências experienciadas; estratégias adotadas; impacto do trauma perineal; comparação da vivência sexual antes e após trauma perineal e; papel do enfermeiro. Os dados extraídos encontram-se expostos de forma integral na tabela apresentada no APÊNDICE VII.

No que concerne à experiência de retomar a sexualidade, as participantes relatam vivências complexas, com conotação negativa, enaltecendo a componente física e psicológica. Descrevem momentos de recuperação “difícil”. Uma delas esclarece que a “memória” do desconforto sentido enquanto era suturada a prejudicou, mais tarde, quando tentou retomar a vida sexual:

“Sim! (...) eu acho que vem muito do que nós passamos na altura do parto que fica ali marcado (...)” (Entrevistada 6)

Face ao tempo decorrido, os relatos esclarecem que a maioria das mulheres retomou a vivência sexual quando se sentiu preparada, em média, após um mês e meio do parto.

“Eu respeitei o meu tempo... Para o satisfazer? Não. Nem tinha essa capacidade sequer... Nem física nem emocional. (...) Não sei dizer ao certo... Mas mais de um mês seguramente. Muito mais.” (Entrevistada 1)

A dor percecionada foi um dos tópicos mais prevalentes na abordagem das participantes. As mulheres relataram desde desconfortos, sensação de “ardor”, a dores intensas. Duas das participantes esclareceram que o nível de desconforto após o segundo parto com trauma perineal foi muito menor. Os relatos destacam duas caracterizações da dor, a ocorrida durante a penetração e a ocorrida perante a fricção na zona da ferida do trauma.

A manifestação de medo ou ansiedade foi um aspeto evidenciado por todas as participantes devido ao seu impacto perante a retoma da vida sexual. Esta manifestação era associada ao facto de temerem a dor que poderia advir da prática sexual. Uma das participantes esclareceu que o seu medo ia mais além, temendo que a sutura perineal abrisse durante a prática sexual:

“Era por medo, sim!” (...) Medo de tudo! Porque para mim, os pontos poderiam ainda não estar em condições... mas isso vem da nossa cabeça.” (medo que a sutura abrisse) “Isso mesmo. Sim, sim, sim!” (Entrevistada 6)

No que ao aspeto do períneo diz respeito, todas as mulheres participantes referem que este fator não impactou a sua vivência sexual.

As mulheres foram questionadas a respeito das estratégias desenvolvidas para enfrentarem os desconfortos na sua vivência sexual. As mulheres referiram como uma das estratégias mais significativa a utilização de lubrificantes, sendo isto descrito por três participantes:

“Utilizar um bocadinho mais de lubrificante (...) E o lubrificante ajuda o “escorregar”.” (Entrevistada 5)

Outras mulheres relataram ter mais cuidado durante a prática e procurar posições distintas que lhes proporcionassem menos desconfortos (duas participantes). Duas participantes revelaram que foi importante falarem com os companheiros sobre as dificuldades e respeitar o desconforto:

“Não (...) é claro que quando começámos e eu via que estava a doer, parávamos, não é? Não íamos insistir e fazer à força.” (Entrevistada 3)

Uma das participantes optou por procurar ajuda e fazer sessões de fisioterapia para melhorar a elasticidade dos tecidos e outra procurou relaxar antes da prática sexual e dar prioridade a outras formas de viver a experiência em detrimento da penetração:

“(...) depois também foi um bocadinho um trabalho mental para aliviar o stress e esse tipo de ansiedade porque mais aquela ansiedade de vir a ter a dor do que ter mesmo a dor. (...) Se calhar demorava mais empo em termos de preliminares para tentar descontraír para tentar que houvesse puma penetração sem dor e estar relaxada.” (Entrevistada 6)

Perante as estratégias adotadas, algumas participantes relataram que conseguiram contornar os desconfortos e ter vivências prazerosas, outras nem tanto.

Face a isto, as mulheres relataram que o trauma perineal, de forma mais ou menos significativa, acabou por impactar a experiência sexual, nomeadamente o desejo sexual.

(...) Podia ter vontade, mas acabava por me contrair...” (Entrevistada 6)

Apesar disto, apenas uma participante partilhou que tal prejudicou sua relação conjugal. Todas as participantes partilharam que os seus companheiros foram respeitosos e compreensíveis.

Quando lhes foi questionado se consideravam que a sua vivência sexual tinha sido recuperada, apenas três participantes descreveram que não mantiveram desconfortos. As três restantes revelaram não conseguir recuperar a sua vivência sexual, mantendo dores e alterações até à atualidade. Relativo às três participantes que revelaram não manter desconfortos, uma delas revelou que a sua vivência sexual não mudou, e as outras duas partilharam que percecionaram mudanças positivas, melhorias:

“Ai mudou! Acho que mudou para melhor.” (Entrevistada 2)

“(...) melhorou até porque, para já, tinha um conhecimento diferente do meu corpo, e lá está, até ter tido filhos, a relação sexual era um bocadinho difícil (...) e acabou por melhorar com a continuação e com o nascimento da minha filha do meio.” (Entrevistada 4)

Por fim, foi abordado o papel dos profissionais de saúde na vivência destas experiências. Quatro entrevistadas revelaram que o tema do trauma perineal não fora abordado

A respeito da abordagem sobre o recomeço da prática sexual, apenas uma revelou que o assunto foi abordado na consulta de planeamento familiar. Na mesma linha, apenas duas participantes revelaram que solicitaram ajuda e esclarecimentos aos profissionais de saúde. Das que não o fizeram, duas consideraram que os desconfortos seriam normais e temporários, inerentes à recuperação. Em alternativa aos profissionais de saúde, duas participantes recorreram a outras fontes para obter esclarecimentos, nomeadamente o círculo de amigos e a *internet*.

2.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O propósito da análise e discussão de dados é estruturar as informações para responder à questão de investigação. No caso, os dados do estudo empírico são comparados com os resultados da *SR*, com o objetivo compreender de que forma a mulher vivência a sexualidade após um parto com trauma perineal.

Foi necessário proceder a alguns ajustes durante o processo de investigação. O título inicial do trabalho era “a vivência da sexualidade após parto vaginal com traumatismo perineal: a perspectiva da mulher”, mas foi alterado para “a vivência da sexualidade após parto vaginal com trauma perineal: a perspectiva da mulher” devido a uma questão semântica entre os termos “traumatismo” e “trauma”. Esta mudança não afeta os resultados obtidos nem a validade do consentimento, pois considera-se que os termos são sinónimos no contexto do estudo.

Este projeto de investigação implicou algumas limitações. Não foram consideradas variáveis como raça, religião, literacia, condições socioeconómicas e história obstétrica. Verifica-se que é uma temática muito pouco abordada, tanto que outros autores remetem para anos distantes. Por se tratar de uma temática pouco estudada, verificou-se desafios em encontrar artigos científicos para realização da *SR*. Considerou-se também como limitação, o número reduzido de participantes do estudo empírico, o que limitou os resultados obtidos.

Perante a investigação realizada considera-se que se trata de uma temática de extrema relevância. Existem algumas revisões integrativas da literatura e *SR* publicadas, mas existem poucos estudos primários que investiguem em primeira instância o que a mulher sente e percebe relativamente à sua sexualidade após um parto vaginal com trauma perineal. A *SR* incluiu dados de 650 mulheres, complementados por 6 participantes no estudo empírico, revelando informações

importantes sobre o sofrimento e preocupações das mulheres nesta situação. A análise conjunta dos dados destacou vivências predominantemente negativas e marcadas por amargura, refletindo a profundidade das dificuldades enfrentadas pelas participantes.

Os dados indicam que o trauma perineal aumenta o risco de desconfortos na vida sexual das mulheres. Para muitas, isto representa mais do que uma simples lesão, sendo o retorno à sexualidade após uma episiorrafia ou perineorrafia um desafio e uma luta por algo "perdido". A análise destaca o impacto físico e psicológico que esse trauma tem no bem-estar das mulheres.

Começando logo no momento do parto, as mulheres revelaram que sentir a episiotomia ou a laceração, associado em seguida à dor de, serem suturadas, poderá ter implicado a sua vivência sexual. Steen e Diaz (2018) corroboraram esta ideia alegando que, de facto, este processo pode estar associado a experiências de grande dor e sofrimento que podem influenciar negativamente a vida sexual posterior. O'Malley et al. (2023) descreve ainda que, após um parto com trauma perineal, podem desencadear-se diversos problemas, percepções estranhas e desconfortos associados à vivência da sexualidade, o que tende a causar muita angústia às mulheres.

A ansiedade antecipada de retomar a sexualidade é um dos pontos de destaque das mulheres. Destacam-se relatos de medo, ansiedade e episódios de choro face à preocupação com o futuro, perante o retornar da prática sexual e o eventual sofrimento a isto inerente. Aasheim et al. (2017) observam que o trauma perineal pode desencadear uma resposta psicológica complexa, levando a sentimentos de vulnerabilidade e medo de relações sexuais futuras. Outro estudo, de Santos et al. (2022), aponta para a relação entre trauma perineal e o desenvolvimento de disfunções sexuais e psicológicas, como a ansiedade, figura como uma "sombra psicológica" que afeta a autoestima e a percepção corporal da mulher. Isto tanto demonstra o impacto psicológico que o trauma gera, como a barreira emocional existente perante o retomar da vivência sexual.

Os dados mostram que a queixa mais comum entre as mulheres é a dor, sentida no períneo, durante a penetração ou com a fricção nos tecidos suturados. As descrições variam desde desconforto leve a dor intensa, com relatos que revelam a necessidade de tomar analgésicos antes ou após a atividade sexual para conseguir suportar o desconforto.

Isto alinha-se com o descrito por Westerik-Verschuuren et al. (2023) que ditam que o trauma perineal é uma causa significativa de dor prolongada, em que nove em cada dez mulheres referem dor persistente, e sendo que um terço delas refere ser uma dor de moderada a intensa. Quanto mais grave é o trauma, maior é a tendência para adiar a retoma da prática sexual. Petročnik e Mivšek (2023) reforçam que a dor durante a relação sexual após o trauma perineal é altamente prevalente e agrava-se conforme a severidade das lesões.

De forma a prevenir estas queixas, seria benéfico instruir e incentivar as mulheres a realizarem massagem perineal no pós-parto. Como referido por Yin et al. (2024) isto promove uma

adequada cicatrização dos tecidos e facilita a readaptação à experiência sexual. Essa prática favorece a circulação sanguínea, reduz a sensibilidade e aumenta a tolerância ao toque, além de contribuir para a elasticidade dos tecidos e diminuir o risco de formação de quelóides. Além disso, o toque promove a intimidade e o autoconhecimento o que conduz a uma vivência prazerosa da sexualidade. Apesar dos comprovados benefícios, a massagem perineal é pouco incentivada e deveria receber mais atenção por parte dos EEESMO.

Numa outra perspectiva, algumas mulheres percebem mudanças no pavimento pélvico após o parto, incluindo perda de elasticidade, sensação de peso e flacidez. A ideia de um novo parto vaginal é vista como um pesadelo, tornando difícil imaginar o retorno à vida sexual. Sousa et al. (2021) também discutem isto, indicando que a perda de elasticidade e as mudanças na anatomia afetam negativamente a satisfação sexual e, conseqüentemente, a autoestima das mulheres.

As participantes elucidam que estas sensações desconfortáveis e pensamentos negativos comprometiam significativamente o prazer sexual. O'Malley et al. (2023) e Petročnik e Mivšek (2023) corroboram, descrevendo uma diminuição de libido, orgasmo e satisfação sexual, com a dor levando algumas mulheres a evitar a sexualidade, o que prejudica a excitabilidade a longo prazo. Leal et al. (2014) reforçam também essa ideia ao observar que mulheres com trauma perineal apresentam menor libido e prazer, comparadas às que tiveram parto sem lesões. Cercas et al. (2023) acrescentam que a queda de libido pode afetar a estabilidade conjugal, embora as entrevistadas neguem impacto na relação.

Apesar de menos frequente, algumas mulheres relataram não ter sentido mudanças na vida sexual após o parto, e outras até mencionaram uma melhoria na experiência sexual.

Algumas mulheres com incontinência urinária e/ou fecal temia um episódio de descontrole durante o ato sexual, o que gerava ansiedade e dificultava a vivência espontânea e relaxada da sexualidade. Além de que, de acordo com Petročnik e Mivšek (2023), isto acarreta um prejuízo significativo na autoestima da mulher.

Face aos receios e desconfortos relatados, algumas mulheres não se sentem preparadas para retomar a vida sexual, mas fazem-no, à luz das orientações que recomendam evitar a atividade sexual até à consulta de revisão às 6 semanas pós-parto. Segundo Ollivier et al. (2024), esse marco cronológico é visto como relevante para o retorno da sexualidade, mas pode ser ilusório e irrealista. Preconiza-se, com este pressuposto, que neste momento a sexualidade deve “voltar ao normal”. No entanto, nem sempre isto acontece assim, e a mulher pode sentir necessidade de ter mais tempo de tempo de recuperação e preparação para voltar a investir na vivência da sua sexualidade.

Embora os companheiros sejam geralmente descritos como compreensivos, respeitosos e colaborantes, há relatos de mulheres que sentem uma certa pressão para retomar a vida sexual. Algumas mulheres revelaram que acabaram por ceder, quer por sentirem que era o expectável, por

obrigação, em prol do bem-estar da sua relação, ou para satisfazer as necessidades dos seus companheiros, sendo descrito como o cumprimento do dever, independentemente de se sentirem (ou não) prontas e predispostas. Algumas mulheres referem ter retomado a sexualidade sem estarem prontas, o que pensam ter sido prejudicial. Ollivier et al. (2024) reforçam que, muitas mulheres, retomam a vida sexual para corresponder às expectativas dos parceiros, mesmo sem se sentirem completamente “prontas”. O autor explica que “sentir-se pronta” envolve fatores físicos e emocionais, que demandam tempo para uma recuperação completa do corpo e da mente.

Diante de toda esta panóplia de vivências, as mulheres encaram os desconfortos como “desafios” a serem superados, e procuram alternativas e estratégias para lidar com eles. Esse processo de superação envolve uma reeducação física, psicológica e relacional, essencial para restaurar a confiança e intimidade.

Algumas mulheres relataram a necessidade de planejar mais a experiência sexual, com mais tempo para “preliminares” e um “ambiente” propício, opondo-se a uma vivência espontânea e imprevisível da sexualidade como aconteceria anteriormente.

O apoio do companheiro revela-se essencial no processo de recuperação, com destaque para a comunicação e partilha. O’Malley et al., (2023) destacam estes fatores como essenciais no processo de recuperação. No entanto, verifica-se que muitas mulheres sentem dificuldade em partilhar os desconfortos e sentimentos associados à vivência da sexualidade com o companheiro, o que acaba por transmitir a estes uma ilusão de normalidade.

Relatos revelaram que algumas mulheres reduziram o desejo pela penetração e preferem explorar a sexualidade com recurso ao erotismo, nomeadamente toque, carícias, massagens, jogos sexuais, beijos, e outras formas de intimidade, evitando a área genital. Outras, assumiram o controlo da profundidade da penetração, adotaram posições diferentes e usaram lubrificantes para reduzir o desconforto. Houve ainda relatos de mulheres que, priorizando o bem-estar do parceiro, encurtaram o tempo de contacto sexual para minimizar as sensações dolorosas. Ajustaram-se às novas necessidades pós-trauma.

Uma participante, de entre todo o universo de participantes, revelou recorrer a sessões de fisioterapia para melhorar a elasticidade dos tecidos. A inexistência de mais relatos neste sentido pode refletir a falta de orientação a respeito dos benefícios destes tratamentos no pós-parto, nomeadamente, e neste âmbito, na promoção de vivências sexuais agradáveis. Segundo Strathcona Physical Therapy (2023), a fisioterapia perineal é eficaz na recuperação da função muscular e elasticidade, ajudando a reduzir desconfortos e melhorar a experiência sexual. Essa prática pode promover um retorno mais saudável e confortável à sexualidade, embora ainda careça de divulgação adequada alinhado com as funções regulamentadas do EEESMO.

Apesar das estratégias adotadas, algumas mulheres não conseguiram superar

completamente as adversidades. Para algumas, os desconfortos desapareceram, enquanto outras ainda enfrentam esses sintomas em intensidades variadas.

Diante dos desconfortos, medos e dúvidas, os grupos de apoio são vistos como uma estratégia positiva, oferecendo espaços de partilha e gestão emocional entre pares. Estes, favorecer os mecanismos de *coping* e promovem uma adaptação mais favorável às dificuldades enfrentadas. Também McLeish et al. (2023) destaca a relevância destes grupos como uma forma eficaz de promover o bem-estar no pós-parto. No entanto, também é relevante referir que a existência destes grupos de apoio é diminuta.

As participantes relataram sentir uma grande carência de informação e acompanhamento especializado sobre as suas lesões, desconfortos, cuidados e eventuais mudanças após o trauma perineal. Esta falta de suporte deixou-as incertas sobre o que era "normal" no processo de recuperação e adaptação à sua nova realidade física e emocional. Estudos sobre saúde perineal no pós-parto, como o de Hannon et al. (2022), indicam que a ausência de orientação clara por profissionais qualificados pode gerar ansiedade e dificultar o retorno ao bem-estar. Sem acompanhamento, muitas participantes revelaram enfrentar sozinhas o impacto dessas lesões, ajustando-se por tentativa e erro aos desafios físicos e emocionais no silêncio

Na sociedade atual, a dor e o desconforto após um parto com trauma perineal são frequentemente vistos como normais e inevitáveis, nomeadamente pelos profissionais de saúde. Nesta linha, Petročnik e Mivšek (2023) reconhecem que muitos profissionais de saúde ainda consideram essas queixas como banais e transitórias, o que desencoraja as mulheres de expressarem suas vivências, positivas ou negativas, ocultando uma possível necessidade de intervenção. Prevalece a dificuldade de encontrar um profissional de saúde que atente às preocupações das mulheres e que aborde o impacto do trauma perineal na vivência sexual de forma aberta e interessada.

Dada esta dificuldade, as mulheres acabam por procurar informação e aconselhamento junto do círculo de amigas, *sites de Internet*, *blog's* e grupos do *Facebook*. Isto pode levar a que assimilem informações incorretas ou descontextualizadas que condicionará a tomada de decisão.

Verifica-se que, de facto, as vivências da sexualidade após trauma perineal relatadas pelas mulheres são tendencialmente problemáticas, e que, frequentemente estas se sentem pouco informadas relativamente a isto. As alterações na vivência sexual podem persistir por muito tempo, causar sentimentos de angústia e prejudicar a sua qualidade de vida.

As teorias de enfermagem que serviram de alicerce ao estudo conferem que a sensação de conforto, nomeadamente perante um momento de transição, é essencial para o bem-estar psicoespiritual. Neste está incluída a saúde sexual, que deve ser alvo de intervenção dos

profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, que atuam como elos facilitadores, e do EEESMO, que possui as competências necessárias para cuidar da sexualidade feminina.

Alinhando isto com os achados encontrados, reforça-se a importância de uma abordagem mais compreensiva e informativa por parte dos profissionais de saúde para reduzir a desinformação e o sentimento de abandono relatado por muitas mulheres.

A intervenção do EEESMO emerge como essencial no acompanhamento dessas mulheres. Como profissional capacitado para abordar questões de saúde sexual e reprodutiva, o EEESMO tem a responsabilidade de fornecer informações, apoio psicológico e estratégias de intervenção que promovam o conforto e a adaptação da mulher às mudanças impostas pelo trauma perineal. A intervenção precoce e o suporte contínuo oferecido por esses profissionais podem não só aliviar o sofrimento imediato, mas também facilitar o restabelecimento de uma vivência sexual saudável e gratificante, alinhada com o bem-estar holístico da mulher.

O desenvolvimento desta investigação revelou-se crucial para prática profissional da autora, pois demonstra a necessidade de desenvolver uma abordagem holística e sensível, capacitando as mulheres com conhecimento e estratégias para promover o bem-estar sexual pós-parto. Dada a escassez de pesquisas, mas a elevada pertinência do tema, é crucial que estudos adicionais continuem a explorar essa temática. Investigar os efeitos a longo prazo e as variáveis culturais e sociais envolvidas pode fornecer uma base mais sólida para intervenções clínicas eficazes e para o desenvolvimento de políticas de saúde que promovam o cuidado integral no pós-parto.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo apresenta o percurso de aquisição de competências da mestranda nos diferentes contextos de estágio. A reflexão sobre o percurso académico será orientada por pressupostos teóricos, conceitos e a evidência científica mais recente, que fundamentaram a prática e direcionaram o processo formativo, enriquecendo a aquisição de competências. Precocemente foi elaborado um projeto de estágio que consta no APÊNDICE IV

Definiram-se objetivos transversais a todos os estágios congruentes com as CCEE, e objetivos específicos de acordo com as competências específicas de cada área de intervenção, tendo como referência, respetivamente, o Regulamento de CCEE e o Regulamento de CEEESMO. Além destes, ao longo dos cinco estágios académicos, a mestranda procurou também desenvolver a sua prática tendo como referencial a *ICM* os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021) e o Plano de Estudos do CMESMO.

A mestranda irá guiar-se por estes e outros documentos para estruturar a sua reflexão, bem como pelas Teorias do Conforto de Kolcaba e das Transições de Meleis. A primeira, destaca a importância do conforto como um pilar essencial no bem-estar da mulher ao longo do ciclo de vida. O EEESMO, ao atender às necessidades físicas, psicoespirituais, socioculturais e ambientais, proporciona cuidados que promovem o conforto integral, valorizando a saúde e dignidade da mulher em cada fase da sua vida (Kolcaba, 2001; Kolcaba, 2003). A Teoria das Transições de Meleis sublinha a intervenção fundamental do EEESMO em apoiar a mulher durante as diversas transições do ciclo de vida, ajudando-a a adaptar-se a novas fases e desafios. Esta abordagem permite que a mulher desenvolva competências e uma visão positiva de cada etapa, promovendo um processo de transição saudável e centrado nas suas necessidades (Meleis, 2010).

De forma a adquirir as competências estabelecidas pelo Regulamento nº 391/2019 (2019) e pelo Regulamento nº 140/2019 (2019) para o exercício dos EEESMO, a mestranda realizou estágio em cinco domínios de atuação: puerpério, ginecologia, gravidez patológica, comunidade e BP. Os estágios decorreram entre setembro de 2023 e julho de 2024, em unidades de saúde na região centro pertencentes à ARS (Administração Regional de Saúde) de Lisboa e Vale do Tejo e ARS do Centro, servindo uma população diversificada.

Nos subcapítulos em seguida apresentados, proceder-se-á, numa primeira instância, a uma reflexão relativa aos objetivos comuns a todos os contextos de estágio e, posteriormente, a uma

reflexão face às experiências específicas decorridas em cada contexto, de acordo com o projeto inicialmente elaborado, os objetivos previamente definidos e em função das competências requeridas nos regulamentos e normas de exercício profissional de EEESMO. O documento da OE (2018), que regulamenta a atribuição do título de especialista, estabelece que a mestranda deve cumprir o número mínimo de experiências exigidas para que o título lhe seja concedido. No ANEXO I, são apresentados os números relativos às experiências realizadas para atender a esse requisito.

Cada estágio ofereceu especificidades únicas permitiram à mestranda uma integração prática e adaptada às exigências de cada área, favorecendo a consolidação das competências necessárias ao exercício do EEESMO.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 (2019), as CCEE são essenciais para todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área. Estas competências demonstram-se pela capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, assim como pelo suporte efetivo ao exercício especializado em formação, investigação e assessoria. Estruturadas em quatro domínios – responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento de aprendizagens profissionais – as CCEE visam garantir uma prática baseada em aptidões científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados especializados, promovendo uma atuação pautada pela excelência e pela constante evolução profissional.

Neste sentido, a mestranda, projetou precocemente alguns objetivos que visavam a aquisição de CCEE dos diferentes domínios, que foram transversais a todos os contextos de estágio.

No **domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, prestou cuidados baseados em princípios éticos, respeitando a dignidade e autonomia das mulheres, garantindo a confidencialidade e o consentimento informado. Atuou dentro do escopo do EEESMO e referenciou para outros profissionais quando necessário, promovendo uma prática segura e colaborativa.

Relativo ao **domínio da Melhoria Contínua da Qualidade** interveio com base em evidência científica atualizada, acompanhando os resultados das intervenções. Demonstrou compromisso com a melhoria contínua ao identificar áreas de aperfeiçoamento, propondo adaptações que respeitassem normas de qualidade e segurança. Participou em discussões de equipa, contribuindo para implementar práticas mais eficazes e centradas na experiência e bem-estar das mulheres.

A respeito do **domínio da Gestão de Cuidados** aprimorou competências essenciais para organizar intervenções focadas no bem-estar da mulher. Em cada experiência, adaptou as intervenções às necessidades específicas de cada mulher/família, o que exigiu não apenas conhecimentos teóricos e técnicos, mas também uma tomada de decisão cuidadosa em colaboração com a equipa multidisciplinar. Este processo de aprendizagem foi essencial para

desenvolver uma visão integrada e organizada dos cuidados, dotando-a de competências fundamentais para uma atuação segura e eficiente como futura EEESMO.

Por fim, face ao **domínio de Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais**, cada estágio foi uma oportunidade única para expandir competências. Ao enfrentar situações desafiantes, foi incentivada a procurar conhecimento atualizado, o que reforçou o compromisso com a formação contínua. A orientação próxima e o apoio da equipa permitiram um crescente de autonomia e confiança, refinando tanto as habilidades técnicas quanto a capacidade de refletir sobre as intervenções e adaptar-se às necessidades da mulher. Este processo ajudou a desenvolver uma perspetiva profissional sólida e preparada para a evolução constante exigida pela intervenção do EEESMO.

A mestranda considera que desenvolveu adequadamente as competências regulamentadas. Neste contexto enaltece-se a sua importância aliando o conhecimento técnico, visão crítica e compromisso ético com a componente específica da saúde da mulher. Através de experiências variadas e desafiantes, aprofundou habilidades essenciais em cada domínio. Este percurso permitiu integrar conhecimentos e desenvolver uma abordagem reflexiva, alinhada com as normas regulamentares e com o compromisso de uma prática baseada em evidência.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS EEESMO

O Regulamento nº 391/2019 (2019) define que o EEESMO tem autonomia, no exercício das suas funções para identificar, planear e intervir na promoção da saúde e prevenção de complicações na saúde da mulher/família durante a idade fértil, no âmbito do Planeamento Familiar (PF), período preconcecional, período pré-natal, TP, período pós-natal, perante o climatério e em situações de saúde/doença ginecológica. Neste sentido, a aquisição de competências clínicas especializadas em enfermagem deve garantir, neste âmbito, que o EEESMO esteja munido de um conjunto de conhecimentos habilidades e capacidades que lhe conferem competências para identificar e atuar, de forma autónoma e interdependente, perante as necessidades da mulher e família inerentes a qualquer fase (Regulamento nº 391/2019, 2019).

É relevante destacar que a aquisição destas competências começou no primeiro ano do curso de mestrado em ESMO através dos imponentes conteúdos teóricos transmitidos pelo corpo docente e procura constante, por parte da mestranda, do conhecimento através da leitura e consulta de materiais pedagógicos. No entanto, considera-se que, para cimentar isto, foi essencial a grande “lufada” de experiência e atividades que surgiram durante a realização do estágio e relatório, realizados nas diversas unidades de saúde hospitalar e comunitária.

Neste âmbito, de forma a estruturar a reflexão, a mestranda organizou o seu relato em cinco subcapítulos, tendo em consideração os blocos de estágio: ESMO no Puerpério, ESMO em

Ginecologia, ESMO na Gravidez Patológica, ESMO na Comunidade e ESMO no BP. Em cada um destes serão analisadas as experiências vivenciadas, as atividades desenvolvidas e, por conseguinte, as competências adquiridas à luz do Regulamento nº 391/2019 (2019).

3.2.1 Estágio de ESMO em Puerpério

O Estágio de puerpério decorreu num serviço com 30 camas de internamento, à altura, destinadas a grávidas patológicas e puérperas. Neste contexto a mestranda teve oportunidade de prestar cuidados a 109 puérperas e recém-nascido (RN).

O objetivo deste estágio foi prestar cuidados especializados à puérpera, ao recém-nascido (RN) e à família no puerpério mediato, visando desenvolver competências alinhadas com os pontos 4 e 7 do Regulamento nº 391/2019 (2019). Este regulamento destaca o EEESMO como o profissional ideal para apoiar a transição para a parentalidade e avaliar o bem-estar da mãe e do RN, beneficiando da proximidade e da recetividade das utentes aos seus cuidados (OE, 2015).

O puerpério, segundo a OE (2015), é o período de 6 semanas (42 dias) após o parto, marcado pela involução do corpo da mulher à condição pré-gravídica, com alterações físicas e emocionais. É também uma fase de reestruturação e adaptação a novos papéis para a mãe, o casal e a família, enquanto o recém-nascido se ajusta à vida extrauterina (Lowdermilk et al., 2013; OE, 2015).

O EEESMO é, pelas competências adquiridas, o profissional de excelência na prestação de cuidados após o parto, atuando no “(...) processo de transição e adaptação à parentalidade, e (...) para avaliar o bem-estar do binómio mãe/RN, pois existe uma grande aproximação com as utentes e estas estão também recetivas ao seu cuidar.” (OE, 2015, p. 49).

Durante o período de internamento da mulher e RN após o parto, e em consonância com o descrito pelo ICM (2024), pela OE (2015) e no Regulamento nº 391/2019 (2019), a mestranda atuou junto da díade para apoiar e educar para a saúde, promoveu e capacitou para o autocuidado e cuidado ao RN. Desenvolveu atividades nesse enfoque, fomentando a autoconfiança e autonomia dos pais e a vinculação da díade/tríade e facilitando a transação para a parentalidade.

Os cuidados ao RN têm dois objetivos principais: avaliar o estado geral, identificando eventuais necessidades e capacitar os cuidadores. A observação das mamadas, do choro e do estado geral do RN, em consonância com os conhecimentos teóricos e a experiência prévia da mestranda, contribuíram para melhor compreender a manifestação das suas necessidades, instruído os cuidadores para a obtenção de autonomia neste campo. Foi fundamental o conhecer a morfologia, os reflexos e comportamentos do RN para identificar precocemente desvios da normalidade e prevenir complicações (WHO, 2015; WHO, 2022; Regulamento nº 391/2019, 2019).

Alguns RN requereram uma vigilância adicional por apresentarem sinais de icterícia, dificuldades no estabelecimento da alimentação, risco de perda ponderal ou hipoglicémia (WHO,

2022). A mestranda, em conformidade com o Regulamento nº 391/2019 (2019), identificou precocemente alterações potencialmente danosas e colaborou com a equipa médica no tratamento e prevenção de complicações, procurou capacitar os cuidadores para o reconhecimento das necessidades destes RN e sinais de alarme. Esta intervenção foi particularmente enriquecedora, pois permitiu à mestranda consolidar competências cruciais no acompanhamento dos RN em situações de vulnerabilidade. A experiência reforçou ainda a importância de uma abordagem holística, que não apenas aborde os aspetos clínicos, mas também promova a autonomia e a confiança das famílias na gestão da saúde dos RN. Além disso, para a prática futura, estas aprendizagens revelam-se fundamentais, dado que a identificação precoce de complicações constituem pilares essenciais à intervenção do EEESMO. A capacidade de intervir de forma célere e integrada contribui não só para a prevenção de desfechos adversos, mas também para a construção de uma relação de confiança com as famílias, elemento-chave para um cuidado humanizado e centrado nas necessidades do recém-nascido e da família.

O apoio ao Aleitamento Materno (AM) é uma área de destaque na intervenção do EEESMO, que tem competências para conceber, planejar, intervir e avaliar ações de promoção e apoio ao AM (Regulamento nº 391/2019; ICM, 2024; WHO, 2022). O AM pode gerar sentimentos de angústia, frustração e insegurança para as mães, pelo que o seu sucesso depende significativamente do suporte concedido nas primeiras mamadas.

Amamentar deve ser uma escolha livre e informada da mulher, respeitando as suas vontades e crenças (Cock et al., 2015). O AM forçado ou instigado não será profícuo. Assim, a mestranda, procurou compreender a intenção das mulheres, permitindo-lhes expressar livremente os seus ideais, alinhando-se com as suas vontades e necessidades. Ao garantir que a decisão de amamentar (ou não) era consciente e informada, esta era aceite e apoiada.

Após validada a intenção de amamentar, dedicou-se a apoiar o aleitamento materno (AM), conforme orientações da WHO (2022) e o Regulamento nº 391/2019(2019). Procurou conhecer experiências e nível de conhecimentos prévios e forneceu informações sobre os benefícios da amamentação, técnicas, posicionamentos e estratégias para contornar dificuldades e prevenir complicações. Além disso, assegurou disponibilidade para escutar receios e esclarecer dúvidas, promovendo a autonomia e reforçando as aptidões demonstradas (UNICEF, 2012; WHO, 2022). Munida pela procura de conhecimento teórico, partilha com EEESMO's e experiência até ao momento, a mestranda considera que a sua atuação tem contribuído para o sucesso do AM e construção de vivências positivas.

A mestranda teve a oportunidade de realizar a vacinação do RN, administrando a primeira dose da vacina contra a Hepatite B e, para os elegíveis, a vacina contra a Tuberculose, conforme o Programa Nacional de Vacinação (Direção-Geral de Saúde (DGS), 2020). A especificidade da

administração da vacina BCG, realizada, ao momento, em poucas maternidades, proporcionou uma oportunidade valiosa para adquirir competências essenciais, que se revelaram úteis mais tarde em contexto profissional.

Além das nuances físicas, atuou perante a vivência da parentalidade e estabelecimento de laços de vinculação entre a díade/tríade (Regulamento nº 391/2019, 2019). A presença do pai durante o internamento, especialmente nos cuidados ao RN, foi fundamental para fortalecer a vinculação precoce, proporcionar experiências parentais e desenvolver competências. Na presença do pai (ou pessoa significativa), a mestranda aproveitou para ensinar, instruir e proporcionar momentos de treino nos cuidados ao RN.

No que concerne ao bem-estar materno, e conforme competência do EEESMO, a mestranda desenvolveu intervenções de forma a identificar precocemente alterações no bem-estar físico e emocional da mulher, dedicando-lhe tempo para avaliar os seus parâmetros clínicos significativos e escutar a expressão das suas necessidades, atuando em conformidade.

A nível físico, destaca-se a vigilância dos parâmetros puerperais, designadamente as características dos lóquios (odor, quantidade, cor e existência de coágulos) e involução uterina, devido ao risco de complicações a isto associado (WHO, 2022). A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2014) elucida que a vigilância do tónus uterino é essencial para a identificação precoce de situações de atonia uterina, principal causa de hemorragia pós-parto. Foi também um foco de atenção a observação perineal em caso de parto vaginal e a observação do processo cicatricial de feridas (perineais ou abdominais, em cesarianas). A atenção sob estes aspetos muniu a mestranda de competências que lhe permitiram identificar precocemente alterações ao bem-estar materno, atuando rapidamente em consonância com estas e na perspectiva de restringir complicações.

Cabe também ao EEESMO a assistência no controlo da dor. É recorrente a pronúncia de queixas algícas pela mulher, sobretudo associadas à involução uterina ou em consequência de procedimentos efetuados ou feridas em cicatrização. A mestranda implementou estratégias não farmacológicas, nomeadamente a crioterapia e, sempre que necessário, colaborou na administração de terapêutica analgésica e incentivou ao recurso de técnicas e estratégias não farmacológicas para alívio da dor, como é o caso da crioterapia recomendada pela WHO (2022).

A componente emocional é também uma variável muito relevada neste período. Segundo Pereira et al. (2020), a mulher, após o parto, é suscetível de desenvolver transtornos do foro mental. Pode começar por um *Baby Blues*, caracterizado por melancolia, ansiedade, choro fácil, irritabilidade, entre outros que, se não intervencionado, pode evoluir para condições psiquiátricas graves, sobretudo quando associado a patologias prévias (Campos, 2015; Pereira et al., 2020). A mestranda incentivou a expressão de sentimentos e angústias, prestou apoio emocional e encaminhou situações potencialmente complicadas (Regulamento nº 391/2019, 2019).

Referente ao bem-estar físico e emocional da mulher, é crucial que o EEESMO invista na capacitação para o autocuidado. Nesse sentido, a mestranda capacitou para os cuidados higiene, cuidados perineais e cuidados à sutura perineal, cuidados às mamas, ensinou sobre sinais de alarme, sexualidade e contraceção, instruiu para vigilância de alterações físicas e emocionais e encaminhou para os CSP (WHO, 2022).

Neste contexto desenvolveu competências essenciais para prestar cuidados sensíveis e adaptados às especificidades culturais das mulheres e famílias, assegurando o bem-estar de todos os elementos. Esta experiência permitiu compreender e respeitar práticas e crenças culturais diversas. Ao abordar temas como o autocuidado, a amamentação e a sexualidade no contexto pós-parto, adaptou as intervenções às necessidades culturais de cada mulher, promovendo uma prática inclusiva e centrada na pessoa, essencial na intervenção do EEESMO em contextos multiculturais.

Ficou evidente que a educação para a saúde é o pilar da prática do EEESMO, sendo fundamental na promoção do bem-estar da mulher, RN e casal. A mestranda privilegiou o contacto com as famílias, garantindo, sempre que possível, privacidade e ambiente propício à aprendizagem, ao desenvolvimento de competências e à expressão de dúvidas. Procurou fomentar a autoestima, motivação e confiança dos pais perante os cuidados ao RN, valorizando as suas habilidades.

A mestranda destaca dois projetos implementados no serviço. O primeiro envolve uma chamada telefónica, realizada 24-48 horas após a alta, por uma EEESMO, para verificar o bem-estar da família, identificar possíveis problemas, esclarecer dúvidas e oferecer estratégias de apoio. O segundo, consiste numa linha telefónica disponível 24 horas/dia para esclarecer dúvidas a respeito das puérperas ou RN. Estes projetos promovem o acompanhamento contínuo da tríade, aumentam a confiança dos pais e reduzem as idas desnecessárias ao serviço de urgência. A mestranda participou nestes projetos, parabenizou a iniciativa e destacou o impacto positivo no bem-estar da díade/tríade e na visibilidade do intervenção do EEESMO numa continuidade de cuidados.

Embora não fosse objetivo deste estágio, a mestranda teve oportunidade de participar nos cuidados a 9 grávidas patológicas. Reuniu conhecimentos sobre diagnósticos como restrição de crescimento intrauterino e ameaça de parto pré-termo e adquiriu prática na execução de Manobras de Leopold, registos cardiotocográficos (CTG) e avaliação do bem-estar materno-fetal (MF), desenvolvendo competências teóricas e práticas de assistência específica e especializada à luz do Regulamento nº 391/2019 (2019). Isto constituiu uma mais-valia para a continuidade da aquisição de competências que, mais tarde, foram consolidadas.

Realizar o estágio num serviço homólogo ao seu local de trabalho (ainda que numa unidade hospitalar distinta), permitiu contactar com outros métodos de organização de trabalho, filosofia de cuidados e protocolos. Isto instigou à reflexão individual sobre a sua atuação em contexto laboral e à partilha de experiências e práticas, com ambas as equipas, numa perspetiva construtiva.

A mestranda atuou com base na satisfação das necessidades físicas, psicoespirituais, socioculturais e ambientais da mulher e do RN. Ao proporcionar um ambiente seguro e de apoio, incentivou o autocuidado e o fortalecimento do vínculo familiar, promovendo o bem-estar essencial para uma recuperação saudável e plena. Paralelamente, segundo a Teoria das Transições, a mestranda apoiou ativamente a transição das mulheres para a parentalidade, auxiliando na adaptação às novas responsabilidades e alterações. Este apoio facilitou a integração dos novos papéis familiares, promovendo confiança e estabilidade emocional, essenciais para uma vivência tranquila e positiva deste período de transição.

Neste estágio, a mestranda adquiriu competências essenciais para a prática futura como EEESMO, fundamentais para promover a saúde e identificar alterações no bem-estar do recém-nascido, puérpera e família. As competências desenvolvidas, como vigilância especializada e apoio ao autocuidado, oferecem uma base sólida para atuar com confiança e empatia, promovendo o bem-estar materno e neonatal e apoiando a adaptação familiar no pós-parto. Com isto, considera que o objetivo inicialmente definido foi plenamente atingido, reforçando a sua preparação para uma prática profissional de qualidade nesta área.

3.2.2 Estágio de ESMO em Consulta de Ginecologia

No âmbito deste estágio definiu-se como objetivo prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/família no âmbito da ginecologia em situação de saúde/doença, de forma a desenvolver competências em consonância com o descrito no ponto 1, 5, 6 e 7 do Regulamento nº 391/2019 (2019). Nestes pontos é consignado que o ESMO deve atuar junto da mulher inserida na família/comunidade, durante a idade fértil, no âmbito do PF durante o período preconcepcional, durante o climatério e na vivência de processos de saúde/doença ginecológica.

Ao longo de sensivelmente duas semanas, a mestranda teve oportunidade de participar nas consultas de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) e de patologia do colo do útero.

A Lei nº 16/2007 (2007) dita que todas as mulheres grávidas com idade gestacional inferior a 10 semanas, têm direito à IVG privada, segura e sem custos monetários. Esta unidade hospitalar realiza o procedimento em consonância com a Lei supramencionada, com a Circular Normativa nº9/SR da DGS (2007) e a Circular Normativa nº11/SR da DGS (2007). Para assegurar a confidencialidade, o registo do procedimento é feito em papel.

O processo de IVG era constituído por três consultas. A primeira destinava-se à confirmação da gravidez e idade gestacional por ecografia ou análise bioquímica, e perspectivava-se o futuro método contraceptivo. Após um período de reflexão de três dias, a segunda consulta, realizada por um EEESMO, incluía o fornecimento da terapêutica, a orientação para a autoadministração, ensinamentos sobre potenciais efeitos e sinais de alerta e abordagem sobre contraceção. Na terceira consulta,

realizava-se uma ecografia para confirmar a expulsão dos produtos da concepção e definir o método contraceptivo. A orientação para a contraceção neste momento aumenta significativamente a sua taxa de adesão (DGS, 2023).

Em todos os contactos a mestranda cooperou no aconselhamento e esclarecimento de dúvidas à mulher, alertou para os potenciais efeitos e alertou para os sinais de alarme, atuando de forma a promover o seu bem-estar físico e psicológico (Regulamento nº 391/2019, 2019). Em caso de serem detetadas situações que extrapolavam a sua orla de competência ou capacidade de atuação, referenciava para outros elementos da equipa multidisciplinar. Perante o défice de informação e o incumprimento do regime de contraceção, a mestranda educou para a saúde de forma fomentando a “decisão esclarecida no âmbito do PF e saúde preconcecional” (Regulamento n.º 391/2019, 2019, p.13561). Quando aplicável, colaborou com a equipa médica, em consonância com a regulamentação da prática especializada, na colocação dos dispositivos contraceptivos.

A mestranda participou em 25 processos de IVG e verificou que muitos casos de IVG não se deviam à falha dos métodos contraceptivos, mas à sua inexistência ou incumprimento, sendo frequente a repetição do procedimento anteriormente. Isto denota falta de informação que pode ser perspetivado como uma lacuna nos cuidados de saúde, conforme o Regulamento nº 391/2019 (2019). Sugere-se um investimento no planeamento familiar, na promoção da saúde reprodutiva e da vivência da sexualidade saudável por parte dos EEESMO's.

A mestranda cooperou no aconselhamento e no esclarecimento de dúvidas à mulher, alertou para os potenciais efeitos da terapêutica de IVG e alertou para os sinais de alarme (Regulamento nº 391/2019, 2019). Perante o défice de informação e o incumprimento do regime de contraceção, a mestranda educou para a saúde de forma fomentando a “decisão esclarecida no âmbito do PF e saúde preconcecional” (Regulamento n.º 391/2019, 2019, p.13561). Quando aplicável, colaborou com a equipa médica, em consonância com a regulamentação da prática especializada, na colocação dos dispositivos contraceptivos.

Mudando de foco, uma das consultas com maior afluência é a de Patologia do Colo do Útero ou Patologia Cervical. Segundo a equipa médica, a causa mais frequente de referência para esta consulta é a identificação de lesões e/ou sintomas relacionados com a infeção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV), em mulheres com idades compreendidas entre os 30 e os 50 anos. O HPV é predominantemente transmitido por via sexual (vaginal, oral ou anal), e pode manter-se assintomático por longos períodos. Quando se manifesta, pode gerar prurido vaginal, coitalgia, verrugas genitais ou anais e corrimento ou hemorragias anormais (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2014; Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Constatou-se um desconhecimento significativo sobre o HPV (formas de contágio, riscos associados e formas de prevenção). A literacia em saúde é crucial para uma sexualidade saudável,

e o EEESMO deve, neste âmbito, educar e capacitar as mulheres para tomarem decisões informadas que favoreçam o seu bem-estar. As taxas de infeção por HPV (Pedro et al., 2023) e a constatada desinformação, sugerem à autora que deve haver uma melhoria nesta área de intervenção do EEESMO, sobretudo nos CSP, com o objetivo de exponenciar os ganhos em saúde da população.

Na consulta de patologia cervical, as mulheres são encaminhadas quando, numa citologia, são detetadas lesões anómalas com testagem positiva para infeção por HPV. São realizados exames adicionais, como citologias, colpocitologias e biópsias, para tipificar com maior precisão as lesões. Mediante isto, define-se o tratamento a implementar, seja terapêutico (prescrição de pomadas, óvulos e/ou vacina do HPV) ou cirúrgico (eletrocoagulação ou conização). O objetivo é intervir o mais precocemente, de forma a impedir a sua progressão para lesões cancerígenas.

Associada à consulta médica, não existe consulta de enfermagem. Tal constituiu, pela pertinência do tema, um momento de discussão com a EEESMO orientadora que esclareceu que a falta de recursos humanos e a escassez de tempo estão na base desta atuação. Considera-se que esta seria uma excelente oportunidade para recolher dados e intervir na promoção do bem-estar, designadamente a respeito da infeção por HPV. A consulta médica não abrange a educação para a saúde, que se perspetiva como essencial. A falta de visibilidade do papel do EEESMO neste âmbito prejudica a prestação de cuidados promotores de saúde, pelo que se sugeriu uma mudança de abordagem para favorecer a atuação deste, melhorando os ganhos em saúde das mulheres.

A intervenção do EEESMO neste contexto consiste em colaborar nas consultas e procedimentos. A mestranda colaborou em 43 consultas, cooperando na explicação dos procedimentos e cuidados posteriores, assistindo na preparação da mulher, da sala e do material para recolha e acondicionamento de amostras, conforme descrito no Regulamento nº 391/2019 (2019). Após orientação, a mestranda foi adquirindo autonomia, sendo elogiada pelo seu interesse e competência. Neste contexto, a mestranda mobilizou diversos conhecimentos adquiridos em ensino teórico e adquiriu novos sobre infeções, lesões, técnicas/exames e diagnósticos, o que representou uma mais-valia para o seu desenvolvimento profissional.

A mestranda incorporou as diretrizes da Teoria do Conforto de Kolcaba, abordando de forma holística as necessidades das mulheres nas esferas física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental para promover o bem-estar. Aliada à Teoria das Transições de Meleis, a prática focou-se no apoio às transições inerentes a processos de saúde-doença, facilitando uma adaptação saudável e oferecendo suporte essencial. Dessa forma, a mestranda, como futura EEESMO, reforçou a intervenção do enfermeiro especializado ao apoiar a mulher e a família nas fases mais delicadas.

As competências desenvolvidas durante este estágio foram essenciais para preparar a mestranda para a prática futura como EEESMO. As diversas experiências e momentos de aprendizagem geraram reflexões que irão influenciar, e quiçá, ditar a sua atuação. O contacto direto

com processos de IVG e patologia cervical, e a experiência adquirida no apoio educativo e informativo às mulheres, reforçaram a importância de uma atuação empática e fundamentada em conhecimentos sólidos. Estas competências permitirão promover uma abordagem educativa e preventiva, capacitando as mulheres para tomadas de decisão informadas e para uma vivência mais saudável e segura da sua sexualidade.

3.2.3 Estágio de ESMO em Consulta De Gravidez Patológica

No âmbito deste estágio definiu-se como objetivo prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/família durante o período pré-natal em contexto de gravidez patológica, de forma a desenvolver competências em consonância com o descrito no ponto 2 e 7 do Regulamento nº391/2019 (2019). Nestes pontos é consignado que o EEESMO deve atuar junto da mulher inserida na família e comunidade, durante a idade fértil, especificamente durante o período pré-natal e, neste caso, em contexto de patologia associada.

A consulta de gravidez patológica destina-se a grávidas com condições clínicas que incrementam risco à gestação. Segundo Lowdermilk et al. (2013), uma gravidez de risco é aquela em que a favorável evolução da gravidez e o bem-estar MF estão ameaçados por patologias concomitantes ou exclusivas. Perante isto, é essencial um acompanhamento diferenciado na unidade hospitalar de referência, no qual o EEESMO assume um papel fundamental no cuidado à mulher, promovendo a sua saúde e detetando precocemente situações potencialmente prejudiciais (Regulamento nº 391/2019, 2019; ICM, 2024).

Neste contexto a mestranda realizou 178 consultas. Constatou-se que as situações patológicas mais prevalentes eram do foro cardíaco, endócrino e renal (quando prévio à gravidez), hipertensão arterial (HTA) prévia e gestacional e Diabetes Gestacional (DG). A HTA e a DG destacam-se pela prevalência e potencial impacto no decurso da gestação. Nas grávidas com HTA, a mestranda verificou se havia uma monitorização e registo regular dos valores, destacou a importância da adesão ao tratamento (se aplicável) e ao regime alimentar e informou sobre sinais de alerta mais relevantes.

A DG foi também uma patologia muito prevalente. Caracteriza-se pelo aumento dos níveis de glicemia devido ao estado gravídico (Lowdermilk et al., 2013; Graça, 2017). É identificada através de exames bioquímicos, como a glicemia plasmática em jejum ou a prova de tolerância à glicose oral (PTGO). Na primeira consulta, a mestranda fornecia o equipamento de avaliação de glicemia capilar e orientava para a sua utilização, ensinava a respeito da adequada monitorização e registo dos valores, regime alimentar, adesão à terapêutica (se aplicável), possíveis complicações da DG descontrolada e sinais de alerta. Em articulação com a equipa médica, orientava para consultas de

especialidade, nomeadamente nutrição. Em consultas de seguimento, verificava os valores registados e reforçava os ensinamentos anteriores, esclarecendo dúvidas.

Qualquer que seja a patologia, o EEESMO assume uma intervenção crucial na gestão do bem-estar e prevenção de complicações conforme dita o Regulamento nº 391/2019 (2019). A prioridade do EEESMO e, neste caso da mestranda, foi avaliar a condição clínica da grávida, compreender a sua adaptação à mesma e as estratégias por si adotadas para promover o bem-estar. Além disso, assegurava a vigilância de parâmetros clínicos de referência para identificar precocemente alterações e complicações, referenciando para consulta médica se necessário. O objetivo da sua atuação foi minimizar os efeitos adversos, capacitar a grávida/casal sobre as especificidades das suas patologias e prevenir complicações MF, conforme as orientações da ICM (2024) e o Regulamento nº 391/2019 (2019).

A mestranda colaborou em 154 consultas, onde, além da abordagem patológica específica, avaliou o bem-estar físico e emocional e a adaptação à gravidez, monitorizou parâmetros como a tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC), peso, avaliou a presença de edemas e parâmetros de urina. Dado que a grande maioria das grávidas eram acompanhadas, em simultâneo, noutros contextos, a mestranda focou-se nas necessidades inerentes idade gestacional e às dúvidas expostas promovendo autovigilância e autocuidado. Ensinou a respeito da progressão da gestação, sinais de alerta, estratégias para lidar com os desconfortos, estilos de vida saudáveis e preparação do parto, TP e parentalidade (OE, 2015; Regulamento nº 391/2019, 2019).

A partir das 37 semanas de gestação todas as grávidas frequentavam a consulta de gravidez de termo para, além da abordagem explanada anteriormente, realizar um registo CTG para monitorizar os movimentos fetais, dinâmica uterina e a Frequência Cardíaca Fetal (FCF) a fim de aferir potenciais alterações condicionantes do bem-estar MF (Sundström et al., 2000; Silveira & Júnior, 2020). A mestranda colaborou em 24 dessas consultas, adquirindo conhecimentos sobre a Manobra de Leopold e competências na realização, análise e interpretação dos registos CTG, fundamentais na sua atuação académica e profissional.

A mestranda mobilizou os conhecimentos inerentes à Teoria de Kolcaba, focando-se em proporcionar um cuidado centrado na mulher, abordando necessidades físicas, emocionais e psicoespirituais, essenciais em situações de risco gestacional. Procurou minimizar o desconforto físico das grávidas, educando para o autocuidado e promovendo intervenções que facilitassem a gestão de sintomas associados a patologias. Simultaneamente, a Teoria das Transições orientou a sua prática para apoiar a adaptação das mulheres a este período de transição, ajudando-as a desenvolver uma nova consciência e aceitação de suas condições patológicas. Ao integrar essas abordagens, a mestranda ofereceu um suporte contínuo, assegurando um ambiente de cuidado

acolhedor e adaptado às necessidades específicas, fortalecendo sua autonomia e resiliência perante a gravidez de risco.

As competências adquiridas neste estágio foram fundamentais para a formação da mestranda enquanto futura EEESMO, permitindo-lhe desenvolver uma abordagem integral e diferenciada no cuidado pré-natal. O contacto com condições clínicas complexas e a prática de monitorização e orientação permitiram-lhe reforçar a importância da educação para o autocuidado e da vigilância ativa, elementos essenciais na prevenção de complicações MF. Este estágio consolidou a capacidade de identificar sinais de alerta e intervir de forma eficaz e empática, promovendo um acompanhamento seguro e informado à mulher e à família no percurso da gestação. Assim, considera que o objetivo inicialmente definido foi plenamente atingido, assegurando uma base sólida de conhecimento e prática para a sua atuação profissional.

3.2.4 Estágio de ESMO na comunidade

No âmbito deste estágio definiu-se como objetivo prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/mãe/casal/filho/família inserida na comunidade, de forma a desenvolver competências em consonância com o descrito nos pontos 1, 2, 4, 5, 6 e 7 do Regulamento nº 391/2019 (2019). Nestes pontos é consignado que o ESMO deve atuar junto da mulher inserida na família e comunidade, durante a idade fértil, PF e período PC (Pré-concepcional), período pré-natal e em caso de aborto, período pós-natal, climatério e situação de saúde-doença ginecológica.

Neste estágio, realizado entre a USF e a UCC, a mestranda teve oportunidade de realizar consultas no âmbito do Programa de PF (60), de acompanhamento da gravidez de baixo risco (23) e puerpério (3), no âmbito da saúde materna (3) e infantil (de RN até ao 28º dia) (3), visitas domiciliárias (1) e participar no Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP).

Os cuidados PC surgem perante a intenção da conceção e permitem identificar e, se necessário, corrigir, fatores que possam condicionar o bem-estar e a favorável evolução da gravidez (Circular Normativa Nº: 02/DSMIA, 2006; DGS, 2015). Durante o estágio não se realizaram consultas PC, tendo a orientadora esclarecido que são poucas as mulheres/casais que a requerem. A utilização deste recurso não apresenta a expressão desejada e recomendada, sugerindo que as mulheres não estão suficientemente informadas sobre a sua importância. Considera-se profícuo, que os EEESMO invistam na sensibilização para a adesão, de forma a promover o bem-estar e prevenir complicações MF (Regulamento nº 391/2019, 2019).

No que concerne ao acompanhamento pré-natal, a mestranda teve oportunidade de, mais uma vez, desenvolver competências no cuidado às grávidas e famílias no âmbito do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR), desenvolvido pela DGS (2015) que orienta a vigilância da gravidez entre os CSP e os Cuidados Hospitalares (referenciadas sempre que

identificado um fator de risco gestacional). Nos CSP realizam-se consultas de vigilância de gravidez de baixo risco, definida como aquela em que não se identificam fatores de risco que possam comprometer o bem-estar MF (DGS, 2015).

Neste âmbito, a mestranda realizou consultas a grávidas com diferentes idades gestacional, desde o 1º ao 3º trimestre e, tendo como referência o PNVGBR e o Regulamento nº 391/2019 (2019), procurou promover a saúde, identificar alterações e prevenir complicações, adequando a sua conduta e vigilância às necessidades e idade gestacional.

Orientando-se pela diretiva da DGS (2015), que explana a importância de estabelecer uma reação de confiança com a grávida/família para conseguir induzir a expressão de ideias, expectativas, pensamentos (positivos e negativos), procurou proporcionar um ambiente propício ao diálogo, o que conduziu a momentos de escuta ativa e partilha, através dos quais foi possível identificar necessidades e planear adequadamente os cuidados. Inicialmente, foi difícil conduzir a consulta a estes momentos de partilha, no entanto com o tempo, a confiança, a experiência e a ajuda da orientadora, a mestranda que esta dificuldade foi ultrapassada.

Ao longo de todas as consultas eram recolhidos dados a respeito do bem-estar, exames realizados e eventuais alterações ou desconfortos percebidos (especificamente na primeira consulta era realizada uma anamnese sobre o estado de saúde, antecedentes de doença pessoal e familiar, antecedentes cirúrgicos, obstétricos e ginecológicos e data da última menstruação). Todos os dados recolhidos eram introduzidos no boletim de saúde de grávida que constitui um elemento de extrema relevância na transmissão de informação e continuidade de cuidados.

Genericamente, em todas as consultas, a mestranda monitorização parâmetros como a TA, FC, presença de edemas, monitorizava o peso e interpretava o aumento ponderal, realizava e interpretava um teste rápido de urina e analisava meios complementares de diagnóstico. Avaliava o bem-estar físico (como desconfortos gravídicos) e psicológico (como a presença de eventuais sinais de ansiedade) e o contexto socioeconómico, referenciando as situações que requeriam intervenção multidisciplinar. Em função da idade gestacional, monitorizou a altura do fundo útero, realizou manobras de Leopold para identificar a estática fetal e auscultou os batimentos cardíacos fetais com recurso a doppler fetal. Ao longo destas consultas, a recolha de dados permitiu detetar antecipadamente situações que carecessem de referência de forma a diminuir o risco de comorbilidades MF e delinear planos de intervenção com a mulher/casal e (DGS, 2015; Regulamento nº 391/2019, 2019; ICM, 2024).

Perante isto, e em função da idade gestacional, conhecimentos prévios, dúvidas expostas e necessidades identificadas, educou para a saúde e instruiu sobre estratégias para promover o bem-estar. Ao ensinar sobre a gestação, sinais de alerta, estratégias para lidar com os desconfortos, cuidados de saúde, estilos de vida saudáveis e preparação do parto, TP e parentalidade (OE, 2015;

Regulamento nº 391/2019, 2019), promoveu a autovigilância e autocuidado, e potenciou uma vivência saudável e feliz da gravidez. Importou manter uma linguagem clara e adequada ao nível cognitivo da grávida/casal, doseando cautelosamente a informação transmitida em cada contacto.

A vigilância da gravidez, realizada adequadamente por um EEESMO incrementa ganhos para o bem-estar MF (ICM, 2024; DGS, 2015). Perante o desempenho da mestranda, esta considera que o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia com as mulheres/casais foi primordial para conseguir compreender e atuar perante as necessidades reais das mulheres. Com a prática desenvolveu competências que visaram a promoção do bem-estar MF e a identificação e atuação precoce perante complicações (Regulamento nº 391/2019, p.13562).

Torgal (2016) defende que o EEESMO deve capacitar a mulher/casal sobre a gravidez e a parentalidade, uma vez que facilita a adaptação e participação no processo. Mulheres informadas sentem-se mais seguras e menos ansiosas, o que contribui positivamente para a tomada de decisão que vise o bem-estar MF. Da mesma forma, capacitar os pais para a parentalidade, potencia a confiança para o desempenho do papel parental. A frequência em CPPP oferece uma oportunidade crucial para capacitar mulheres e casais durante a gravidez, um período de intensas mudanças e transições únicas. Cada gestação acarreta as experiências próprias, e o EEESMO, desempenha um papel essencial ao acompanhar e facilitar a transição saudável para a parentalidade (DGS, 2015; Regulamento nº 391/2019).

Os EEESMO, durante a realização dos CPPP devem, conforme descrito pela DGS (2015) e no Regulamento nº 391/2019 (2019), mobilizar diversas temáticas através do planeamento, organização, execução e avaliação das diferentes dinâmicas realizadas no âmbito de processo de educação para a saúde das grávidas/famílias. A participação das mulheres/famílias nos CPPP contribui significativamente para a literacia em saúde materna ao possibilitar o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades no que concerne à gravidez, TP, parto, puerpério e cuidados ao RN. Isto leva ao empoderamento e contribui para o estabelecimento do vínculo e papel parental (Khorasani et al., 2018; Regulamento nº 391/2019, 2019).

A mestranda colaborou nos CPPP, seguindo as orientações da DGS (2015) e da OE (2024). As sessões presenciais contaram com exercícios práticos para fortalecimento do pavimento pélvico e exercícios respiratórios de preparação para o TP. As aulas *online* complementaram com temas teóricos, como hábitos de vida saudáveis, cuidados ao recém-nascido, AM, autovigilância no puerpério, sexualidade e contraceção. Procurou-se continuamente promover um ambiente facilitador à expressão de dúvidas, medos e experiências, fossem estas atuais ou prévias, positivas ou negativas, salvaguardando sempre o respeito pela vontade e privacidade das mulheres/famílias.

A participação nos CPPP permitiu desenvolver competências essenciais, consolidar conhecimentos e adquirir a confiança necessária para abordar, de forma abrangente, as diversas

dimensões da saúde materna e neonatal. Este sempre foi um dos âmbitos que mais admirava, mas em simultâneo, a assustava pela destreza, confiança e versatilidade necessária. Este processo desafiador e enriquecedor reforçou a importância de criar um ambiente empático e acolhedor, onde as mulheres e famílias se sintam seguras para expressar dúvidas e partilhar experiências. A experiência permitiu compreender melhor o papel central do EEESMO na capacitação parental, no fortalecimento dos laços familiares e na promoção da literacia em saúde, ao mesmo tempo revelou a relevância de atuar com destreza, versatilidade e confiança. É gratificante perspetivar a relação de confiança criada e cimentada a cada sessão, constituindo o EEESMO uma figura de referência. Essa aprendizagem e as competências adquiridas serão fundamentais para a prática futura.

Após o nascimento, o EEESMO mantém uma atuação crucial no cuidado à mulher, RN e família, assistindo na transição e adaptação à parentalidade. O período após o parto exige especial atenção perante algumas alterações que possam surgir que, quando não orientadas e resolvidas em tempo útil e de forma profícua, podem perpetuar-se de forma prejudicial (Graça, 2017). Neste sentido, e conforme o Regulamento nº 391/2019 (2019), o EEESMO deve ter competências para avaliar o bem-estar da mulher, criança e família, bem como corrigir ou referenciar situações potencialmente problemáticas. Especificamente, no que concerne à transição para a parentalidade, muitas vezes o período de internamento hospitalar após o parto não permite uma completa preparação e reorganização da dinâmica familiar e identificação, clara e completa, por parte dos profissionais de saúde, das suas necessidades. Assim, a continuidade de cuidados, o apoio e continuidade de cuidados em contexto de CSP, é perspetivado como um elemento favorável e relevante na adaptação da família à nova realidade.

Foram diversas as oportunidades de contacto e avaliação do bem-estar do RN, mãe e família, fosse em Visitas Domiciliárias (VD), no âmbito da saúde infantil ou da saúde materna. Neste atuou-se na promoção do bem-estar durante o período pós-natal, capacitando a família para o autocuidado da mulher e cuidado ao RN, apoiando o AM, assistindo perante as dificuldades e instruindo para a identificação de sinais de alerta. As ações priorizaram a educação para a saúde, deteção precoce de alterações e prevenção de complicações, visando uma transição saudável para a parentalidade, conforme o Regulamento nº 319/2019 (2019).

A VD é uma oportunidade exímia para avaliar o bem-estar e adaptação da tríade às novas necessidades e as condições/ambiente familiar no conforto do lar. Isto permite uma avaliação mais fidedigna, e próxima da realidade, das necessidades e, um planeamento adequado das intervenções, o que facilita a relação de confiança entre os elementos e o processo de aquisição de competências para a mulher/família (Brook & Salmon, 2017; DGS, 2015). A mestranda, em colaboração com a orientadora, participou numa VD a uma tríade no 4º dia pós-nascimento. Os objetivos foram baseados nas orientações da WHO (2022) e DGS (2015). Realizou o teste de Guthrie

(diagnóstico precoce) e a avaliação física e da massa corporal do RN, supervisionou e avaliou a mamada e instruiu sobre AM e cuidados às mamas, avaliou a puérpera com destaque nos parâmetros puerperais e processos cicatriciais existentes, alertando para os autocuidados e sinais de alarme, avaliou as condições da habitação e o ambiente familiar, a vinculação da tríade e interveio na resolução de outros pequenos problemas perante as necessidades identificadas.

Durante as consultas na Unidade, aproveitou também o contato com as famílias (díade/tríade) para abordar todos os aspetos supramencionados identificando necessidades e implementar medidas corretivas e educativas para promoção do bem-estar. A escuta ativa e a disponibilidade permitiram apoiar a expressão de sentimentos, medos e dúvidas, facilitando a adaptação ao período pós-natal e parentalidade. Em retrospectiva, a mestranda considera que, graças ao seu empenho e ao apoio da EEESMO orientadora, adquiriu muitos conhecimentos e progrediu bastante na autonomia e confiança para conduzir as consultas, adquirindo competências de atuação neste âmbito conforme o Regulamento nº 391/2019 (2019).

Para além deste, a mestranda entrevistou noutro âmbitos, nomeadamente PF. O EEESMO assume, conforme o Regulamento nº 391/2019 (2019), o cuidado à mulher no âmbito do PF, no climatério e perante situações de doença ginecológica. A sua atuação inclui a promoção da saúde e o bem-estar, o controlo da reprodução e a promoção de uma sexualidade saudável, bem como a identificação e atuação precoce perante eventuais complicações. A consulta de PF era destinada a mulheres até aos 54 anos, sendo motivada por razões como início ou alteração de métodos contraceptivos, alterações no ciclo menstrual e Rastreio do Cancro do Colo do Útero (CCU) através da pesquisa do HPV. No que concerne à sua intervenção, realizou consulta de enfermagem, privilegiando a educação para a saúde no âmbito da reprodução e vivência da sexualidade, abordando estilos de vida saudáveis, comportamentos de risco, métodos contraceptivos e de proteção contra infeções sexualmente transmissíveis, sinais de climatério/menopausa e autovigilância de saúde (nomeadamente no que concerne ao autoexame da mama) (DGS, 2008).

A escolha e adoção de métodos contraceptivos foi um dos principais motivos das consultas de PF. A decisão contraceptiva deve ser informada, e deve recair sobre a mulher/casal em função dos estilos de vida, eventuais problemas de saúde, intenção reprodutiva e vontades. O EEESMO, e neste contexto, a mestranda desempenhou um papel essencial ao apresentar, de forma clara e ampla, as opções contraceptivas e esclarecendo os seus prós e contras, com base no Consenso Sobre Contraceção 2020 (Sociedade Portuguesa de Contraceção, 2020). Delineou, respeitando necessidades e convicções, em conjunto com a mulher/casal a melhor solução contraceptiva.

Ainda neste âmbito, colaborou na introdução, substituição e remoção de 6 implantes de contraceção subcutâneos, tendo colocado um dispositivo sob supervisão da EEESMO. Atualmente estes procedimentos podem ser realizados pelo EEESMO, conforme declarado no Parecer nº

50/2014 (2014). A EEESMO orientadora tinha formação acrescida e era responsável pelo planeamento/agendamento das colocações, substituições e remoções destes dispositivos às mulheres que demonstravam tal intenção. Considera-se que esta experiência, ao aliar as habilidades práticas à componente teórica e simulada mobilizada anteriormente, foi uma mais-valia no domínio de aquisição de competências e conhecimentos.

Quer em contexto de consulta de PF, como também em consulta de rastreio do CCU, a mestranda agiu na prevenção e diagnóstico do CCU. Atuou na prevenção primária, sensibilizando as mulheres para os riscos associados à infeção por HPV e importância da profilaxia. Na prevenção secundária, colaborou na realização de citologias cervical a mulheres elegíveis com o objetivo de detetar precocemente lesões compatíveis com infeção por HPV. O Parecer nº 141/2009 (2009) afirma que o EEESMO tem habilitações e deve realizar a técnica, estando isto inerente ao Regulamento nº 391/2019, que rege as suas competências de promoção da saúde e prevenção da doença, encaminhando adequadamente todas as situações que, perante a sua avaliação, careçam de referenciação multidisciplinar. A mestranda teve oportunidade de colaborar na realização de 21 citologias, realizando, com supervisão da orientadora, 2 citologias. O esclarecimento da pertinência desta abordagem e a sua execução cronologicamente adequada privilegia a identificação precoce de eventuais alterações e previne a ocorrência de complicações, nomeadamente o risco de evolução para CCU (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2014).

Destacou-se também a avaliação da adaptação ao climatério/menopausa. Constatou-se a escassez de informação e autoconhecimento pelo que se atuou de acordo com o Regulamento nº 391/2019 (2019), ao demonstrar disponibilidade e abertura para falar com a mulher sobre esta temática, tendencialmente sensível e de difícil abordagem, incentivando à expressão de sentimentos e dúvidas, informando sobre manifestações, e instruindo sobre estratégias adaptativas, designadamente no âmbito da sexualidade (frequentemente motivo de sofrimento, mas tendencialmente descurado) (Vieira et al., 2018). A sua atuação melhorou a literacia, autoconhecimento e autocuidado da mulher, eliminando mitos e crenças erróneas que comprometessem o bem-estar e a transição saudável para esta etapa de vida.

Infelizmente neste contexto, o tempo para a realização de consultas, em qualquer uma das vertentes do cuidado era limitado, o que pode comprometer os ganhos em saúde da população. Além disso, isto exigiu à mestranda melhorar a sua capacidade de gestão de tempo e organização dos conteúdos que, em cada momento, seriam mais oportunos e benéficos de abordar, perante as necessidades identificadas, de forma a promover a saúde da mulher e família.

A Teoria do Conforto orientou na criação de um ambiente acolhedor e no atendimento das necessidades físicas, emocionais e socioculturais, oferecendo suporte durante momentos de transição, como a entrada no climatério, uma fase muitas vezes acompanhada de desconforto físico

e psicológico. A teoria de Meleis, que aborda as transições de saúde, foi aplicada na capacitação das mulheres para enfrentar mudanças, como as associadas ao planeamento familiar, maternidade e climatério, ajudando-as a desenvolver autonomia e adaptabilidade. A mestranda, ao aplicar ambas as teorias promoveu o bem-estar e a adaptação saudável das mulheres e das suas famílias ao longo das diversas etapas do ciclo de vida.

A experiência neste estágio foi altamente enriquecedora, permitindo à mestranda adquirir e aprimorar competências essenciais para a sua prática enquanto futura EEESMO, atingindo o objetivo inicial proposto. Ao longo do acompanhamento prestado em diferentes contextos, desde a gravidez e planeamento familiar até ao puerpério e climatério, desenvolveu competências específicas para identificar necessidades e intervir com precisão e empatia, apoiando a saúde e o bem-estar da mulher e família. A prática neste contexto permitiu-lhe ainda consolidar a sua capacidade de gerir o tempo de consulta e priorizar conteúdos essenciais, reforçando a importância da educação para a saúde e da adaptação das intervenções às necessidades reais de cada mulher.

3.2.5 Estágio de ESMO no BP

No âmbito deste estágio definiu-se como objetivo prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/mãe/casal/filho/família durante o TP, de forma a desenvolver competências em consonância com o descrito nos pontos 3 e 7 do Regulamento nº 391/2019 (2019). Nestes pontos é consignado que o EEESMO deve atuar junto da mulher inserida na família e comunidade, durante o TP, promovendo o bem-estar MF e prevenindo complicações.

O EEESMO é reconhecido pelas competências para acompanhar a mulher durante o TP, estando capacitado para prestar cuidados de elevada qualidade, perante quaisquer imprevisibilidades e emergências e, ainda assim, proporcionar a melhor experiência de parto possível. Assim, expecciona o bem-estar da parturiente e promove uma adequada adaptação do RN à vida extrauterina (ICM, 2024; OE, 2015; Regulamento nº 391/2019, 2019).

Considerando que existem duas formas de nascer, via vaginal ou cesariana, a mestranda irá refletir mais detalhadamente sobre o protagonista da sua intervenção autónoma, o Parto Eutócico (PE). Abordará mais tarde a sua intervenção nos partos distócicos e nas cesarianas.

Um parto vaginal ocorre quando, por meio dos mecanismos de TP, o feto se desloca ao longo do canal de parto, culminando na sua expulsão. Segundo Graça (2017) e Posner et al. (2014), o TP envolve fenómenos fisiológicos, principalmente desencadeados pelas Contrações Uterinas (CU), que levam à dilatação do colo do útero, ajuste da posição fetal e descida gradual do feto, até à expulsão do bebé, das membranas amnióticas e da placenta.

Aquando do internamento, a mestranda recolheu dados pertinentes (avaliação inicial) para a prestação de cuidados (antecedentes pessoais, vigilância pré-natal, exames efetuados, história

ginecológica e obstétrica, grupo sanguíneo e decurso da gravidez). Além disso, questionou sobre experiências prévias, expectativas para o parto e existência de Plano de Parto (PP). Caso existisse, discutia as pretensões, esclarecendo a sua viabilidade face a recursos, protocolos e zelo pelo bem-estar MF. Procurou-se conhecer expectativas, respeitar vontades e proporcionar uma experiência positiva e significativa, conforme orientação da ICM (2024) e do Regulamento nº 391/2019 (2019).

O TP encontra-se dividido em 4 estádios, como uma sucessão de etapas (Posner et al., 2014; Fatia & Tinoco, 2016; WHO, 2018). De forma a estruturar o pensamento, a mestranda irá apresentar a sua reflexão das experiências utilizando esta estratificação.

O Estádio I do TP é composto por duas fases: fase latente e fase ativa. Na fase latente, as CU são irregulares e o colo uterino começa a apagar-se e dilata dos 0 aos 5 cm. Já na fase ativa, as CU tornam-se mais regulares e intensas e a dilatação progride até aos 10 cm (WHO, 2018).

Nesta fase, é essencial promover a deambulação e a verticalidade, pois ajuda a encurtar o período do TP, melhora a adaptação MF e reduz a incidência de partos distócicos devido ao melhor ajuste da posição fetal à bacia e favorecimento da progressão da apresentação (Fatia & Tinoco, 2016; WHO, 2018). Com base nisto, a mestranda incentivou as parturientes a adotar posturas verticais, deambularem ou mobilizarem-se, elucidando sobre os seus benefícios e instruindo sobre exercícios e posições que poderiam adotar. A mestranda confirmou que este fator impacta significativamente na progressão do TP e no parto e enquanto futura EEESMO pretende adotar este ideal na sua prática de cuidados. A maioria das mulheres aceitou, mesmo que por curtos períodos, outras nem tanto, sobretudo devido ao quadro de dor instalado.

A dor e a sua perceção durante o TP é muito variável (Lança, 2017). O EEESMO deve ser sensível à sua individualidade, providenciando estratégias eficazes e confortáveis para lidar com a dor, e que sejam promotoras do progresso do TP. (ICM, 2024; Regulamento nº391/2019, 2019). A mestranda procurou entender as expectativas de cada parturiente em relação ao controlo da dor, explicando os métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis, suas técnicas, vantagens, desvantagens e os riscos envolvidos. A mestranda incentivou à verticalidade e mobilização, além de evidenciar a importância do envolvimento da pessoa significativa, ensinando e instruindo para técnicas como massagem, aplicação de calor, musicoterapia e hidroterapia. Apesar de esclarecidos os benefícios, foi frequente a opção pelo método farmacológico (analgesia loco-regional). Apenas três parturientes acompanhadas pela mestranda deram à luz sem recorrer à analgesia loco-regional, uma por escolha e duas devido à rápida progressão do TP.

Quando solicitada a analgesia loco-regional, avaliava a existência de condições, nomeadamente o estadio de TP e o bem-estar MF, e se tal o permitisse, colaborava com a equipa médica na sua implementação. Colaborou na preparação do material, no posicionamento da parturiente, monitorizou o bem-estar MF pelo registo CTG e sinais vitais, interpretando-os, e apoiou

no controlo do medo e ansiedade. Após o procedimento, assegurou a administração da terapêutica, garantiu o conforto da parturiente orientando-a para a alternância de decúbitos e manteve uma vigilância do bem-estar MF regular (Regulamento nº 391/2019, 2019; Graça, 2017; Guerra, 2016).

A terapêutica administrada era, maioritariamente, uma conjugação de opióide com anestésico local, em perfusão contínua. A ação do segundo tende a provocar um bloqueio motor dos membros inferiores, o que originava que, frequentemente, a parturiente tivesse de permanecer no leito e, de acordo, com a Orientação nº 002/2023 (2023) fosse necessário realizar esvaziamento vesical. Infelizmente, a técnica "*Walking Epidural*", que permite menor bloqueio motor e maior mobilidade, tinha pouca adesão da equipa médica. Nas duas ocasiões em que foi aplicada, assim que seguro, a mestranda recorreu à Escala de Bromage para confirmar a reversão do bloqueio, incentivando a mobilização e deambulação. A sua atuação perante as opções farmacológicas e não farmacológicas permitiu compreender o seu nível de eficácia e o impacto no TP, e intervir na sua implementação, sempre com vista à promoção do bem-estar e, desta forma adquirir conhecimentos e competências nesta área, essencial para a sua futura atuação.

A progressão do TP pode gerar muita ansiedade, tanto na parturiente como no acompanhante. Durante os TP que acompanhou, procurou informar regularmente sobre o estadio e evolução do processo, tranquilizando sobre a sua demora, ao esclarecer que tal se deve à progressão gradual do feto ao longo do canal de parto. A comunicação constante e tranquilizadora ajudou a transmitir segurança e confiança, promovendo uma relação empática entre a parturiente e o EEESMO, essencial para a experiência de parto positiva e significativa (ICM, 2024; WHO, 2018).

No acompanhamento do TP é essencial compreender a sua progressão em conjugação com a ponderação do bem-estar MF. Para isso, o EEESMO tem três ferramentas principais: o registo CTG, a cervicometria e o partograma.

O registo CTG monitoriza a FCF e a contratilidade uterina, avaliando parâmetros como a linha de base da FCF, a variabilidade, acelerações, desacelerações, e a frequência, intensidade e duração das contrações (Ayres-de-Campos, 2016). Segundo o Regulamento nº 391/2019 (2019), é crucial que o EEESMO possua as competências para interpretar esses dados e identificar complicações MF. Com base nesses dados, a mestranda planeou e implementou intervenções especializadas para otimizar o bem-estar MF, referenciando situações de risco quando necessário. Experimentou registos CTG que indicavam possível comprometimento do bem-estar MF com dados não tranquilizadores, nomeadamente desacelerações da FCF (de recuperação rápida e lenta) e bradicardia mantida. Nessas ocasiões, emergiu a necessidade de intervir rapidamente para restabelecer o padrão de bem-estar recomendável. A mestranda comunicou as suas ações à equipa médica e considera que adquiriu competências essenciais para identificar e atuar em situações de risco MF, conforme o Regulamento nº 391/2019 e as diretrizes da ICM (2024). Ao consolidar os seus

conhecimentos teóricos com a prática, melhorou significativamente a sua capacidade de interpretação de registos CTG, atingindo o seu objetivo de aprendizagem.

A cervicometria permite aferir a progressão do TP através do toque vaginal. Permite observar e interpretar as características do colo uterino (dilatação, apagamento, consistência e posição), identificar a apresentação, posição e variedade fetal, a progressão da apresentação no canal de parto e observar a integridade das membranas da bolsa amniótica (Posner et al., 2014; Orientação nº 002/2023, 2023). De acordo com esta orientação e a WHO (2018) a cervicometria deve ser realizada em intervalos de 4 horas durante a fase ativa do TP, exceto se o registo CTG ou as queixas da parturiente carecerem de uma avaliação mais regular. Isso reduz os procedimentos desnecessários e diminui o risco de infeções. Realizou-se apenas quando necessário, e utilizando luvas esterilizadas em caso de rotura das membranas amnióticas. Após a observação, informava a parturiente, reforçando a confiança no decurso natural do TP e discutia a evolução do mesmo com a orientadora. Inicialmente, a mestranda sentiu-se insegura em relação à técnica, devido ao desconforto causado à parturiente e à sua falta de experiência. Frequentemente, recorria a uma régua ou pedia à orientadora para confirmar as suas avaliações. No entanto, ao longo do estágio, foi superando essas dificuldades, melhorando progressivamente a sua habilidade e destreza na técnica, desenvolvendo as competências exigidas pelo Regulamento nº 391/2019 (2019).

Associado à técnica da cervicometria, a mestranda teve oportunidade de realizar 5 amniotomias. A WHO (2018) não recomenda a realização desta técnica por rotina. A mestranda realizou-a, por indicação médica, com o intuito de observar as características do líquido amniótico para aferir o bem-estar fetal, quando o registo CTG era pouco tranquilizador. Garantiu o consentimento informado da parturiente, aguardou a contração uterina e realizou a incisão nas membranas e, após a rotura, verificou o reposicionamento da apresentação para assegurar que o cordão não precedia o feto. Observou as características do líquido amniótico, prestou cuidados de higiene e conforto e garantiu a vigilância contínua.

A cervicometria, em conjunto com o registo CTG avalia a evolução do TP, através do partograma. Este documento regista dados como a dilatação do colo uterino e a descida da apresentação fetal, além de informações sobre fármacos administrados, FCF e integridade das membranas amnióticas. A análise desses dados, em comparação com a Curva de Friedman, ajuda a identificar desvios na progressão do TP (Prada & Rafael, 2016). A mestranda iniciava o partograma quando a parturiente entrava na fase ativa do TP, tendo compreendido a importância do seu correto preenchimento a fim de identificar alterações ao decurso recomendável.

Quando a dinâmica uterina era irregular e de baixa intensidade, era comum a prescrição de ocitocina sintética a fim de estimular as contrações uterinas e promover a progressão do TP. Embora contra as recomendações da WHO (2018), após prescrição médica, a intervenção era

realizada após consentimento verbal informado da parturiente e de acordo com o protocolo institucional. A perfusão de ocitocina, aliada à deambulação e mobilização, mostrou-se eficaz na maioria dos casos. Durante a perfusão, a vigilância do bem-estar MF através do registo CTG era essencial para identificar alterações. Em caso de complicações, atuava-se de imediato, a equipa médica era informada, e o protocolo era ajustado ou interrompido se necessário.

Durante o estágio, a mestranda verificou que o primeiro estadio do TP é geralmente o mais longo, mas também o mais importante para estabelecer uma relação terapêutica e de confiança com a parturiente. Este período é crucial para entender como o corpo se adapta à passagem do feto pelo canal de parto e envolver a pessoa significativa em todas as etapas, reconhecendo que o TP é uma caminhada conjunta do casal, e estabeleceu uma relação de confiança com as famílias, tentando ser uma referência ao longo do processo.

Quando a dilatação completa é atingida, ou seja, os 10 cm, a mulher entra no Estádio II do TP, conhecido como o período expulsivo, que se prolonga até à expulsão do RN (WHO, 2018; Fatia & Tinoco, 2016; Posner et al., 2014). Este período pode durar até 2-3 horas em função da paridade e dependendo de fatores como a eficácia das contrações, os esforços expulsivos (EE), a analgesia, o estado físico e emocional da parturiente, a posição, paridade, e a posição e tamanho do feto, além do apoio oferecido pelos profissionais de saúde (Posner et al., 2014; Fatia & Tinoco, 2016).

Os EE são cruciais na fase final do TP. A mestranda constatou que, mesmo com a dilatação completa, nem sempre a parturiente percecionava a necessidade de “fazer força”. O Reflexo de Ferguson ocorre quando a apresentação fetal desce o suficiente e pressiona os nervos do pavimento pélvico, desencadeando a vontade natural de realizar EE (Sequeira et al., 2020). É fundamental respeitar o tempo e o corpo da mulher. A mestranda respeitou o seu tempo, aguardando que surgisse essa vontade, incentivando-a a mover-se e a adotar posições confortáveis, sempre que o bloqueio motor permitia. Criou um ambiente calmo e tranquilo, reforçando a confiança na capacidade da mulher de seguir os sinais do seu corpo, e orientou para uma respiração calma, relaxando nos intervalos das contrações (Sequeira et al., 2020).

No entanto, quando a parturiente começava a demonstrar cansaço extremo ou verbalizava exaustão, a mestranda assumia uma postura mais diretiva para ajudar a mulher a recuperar o autocontrolo e a orientar os EE de forma mais eficaz (Posner et al., 2014; OE, 2015). Em casos onde a descida do bebé estagnava, muitas vezes devido ao bloqueio provocado pela analgesia loco-regional, a mestranda instruía a mulher a realizar EE mais direcionados, como “empurrar o períneo para a frente”. Embora essa técnica não seja recomendada pela WHO (2018), ajudava a parturiente a entender como aplicar a força corretamente, transmitindo-lhe uma sensação de competência e capacidade de ajudar o bebé a nascer. A mestranda revê que este tipo de intervenção durante esta

fase tão significativa do TP forneceu-lhe imensas ferramentas para a munir de competências para apoiar a mulher.

Relativamente às posições mais utilizadas para realizar os EE, verificou-se o decúbito *semifuller, fuller* com as pernas fletidas e pés apoiados na cama, além de decúbitos laterais. Embora esta deva ser uma escolha livre da parturiente, o EEESMO pode sugerir posições com base no bloqueio motor, bem-estar MF e progressão do feto (Posner et al., 2014; ICM, 2024). Quando a apresentação aflorava à vulva, a posição mais comum foi a litotomia modificada, em que a mulher apoiava os pés nas perneiras. A mestranda também assistiu partos em decúbito lateral e em quatro apoios. Infelizmente, a adoção de posições alternativas à litotomia suscitava insegurança entre a equipa, que ainda mostrava pouca recetividade, contrariando as recomendações da WHO (2018), da ICM (2024), e Orientação nº 002/2023. Isto demove o EEESMO das competências que lhe são conferidas de assistir o TP e parto de forma significativa e positiva.

Quando a apresentação fetal surgia ao intróito vaginal e ocorria a coroação, era necessário instituir técnicas de proteção do períneo, visando prevenir ou reduzir a ocorrência de traumas perineais, tanto espontâneos (lacerações) como induzidos (episiotomia) (Aasheim et al., 2017). As técnicas aplicadas incluíam massagem perineal, suporte/pressão perineal durante a distensão da vulva pela apresentação e o controlo da exteriorização da cabeça fetal evitando a sua rápida deflexão conforme Orientação nº 002/2023 (2023) da DGS. Incentivar os EE livres e espontâneos também ajudava a uma progressão gradual do feto, facilitando a distensão dos tecidos e reduzindo o risco de trauma (Couto & Carneiro, 2017; WHO, 2018).

À medida que o TP progredia, a mestranda avaliava a elasticidade dos tecidos observando a coloração, friabilidade e rigidez e considerava fatores adjuvantes com a paridade, o bem-estar MF, a exaustão materna, o peso estimado, e a progressão da apresentação. Assim, mantinha-se expectante face à necessidade de realizar uma episiotomia. Com o tempo, tornou-se progressivamente mais autónoma na avaliação, decisão e execução da técnica, informando sempre as parturientes sobre os fatores de decisão e obtendo o seu consentimento verbal.

Entre os PE assistidos, verificaram-se 14 períneos íntegros. Apesar do uso de técnicas de proteção perineal, ocorreram 8 lacerações de grau I e 9 de grau II. E após análise de cada situação particular, houve necessidade de recorrer a episiotomia média-lateral por 10 vezes.

À medida que a cabeça fetal era exteriorizada, a mestranda mantinha uma postura expectante, aguardando a rotação externa da cabeça e a restituição da posição do bebé (Posner et al., 2014). Inicialmente, este momento causava-lhe apreensão, principalmente após enfrentar um caso de distócia de ombros no segundo PE assistido, situação que voltou a ocorrer mais duas vezes. A distócia de ombros, reconhecida pela retração da cabeça contra o períneo após exteriorização,

ocorre quando os ombros ficam impactados, o que pode acarretar complicações maternas e neonatais (Posner et al., 2014; Marques & Reynolds, 2011).

No primeiro episódio, a mestranda solicitou de imediato à parturiente que interrompesse os EE, aplicou a Manobra de *McRoberts*, realizou a episiotomia e, com apoio da EEESMO aplicou pressão suprapúbica. No entanto, não conseguiu proceder ao desencravamento e a orientadora teve de assumir a assistência ao parto, realizando a Manobra de *Woods*. Este episódio levou a mestranda a refletir sobre a sua atuação, reconhecendo a insuficiência das forças aplicadas devido à ansiedade e receio de provocar lesões no RN (nomeadamente fratura da clavícula ou lesão do plexo braquial) (Marques & Reynolds, 2011; Posner et al., 2014). Perante a sua falha, emergiram sentimentos de ansiedade e medo, levando-a a refletir sobre sua atuação. Tal foi discutido com a orientadora e equipa de EEESMO e motivou um reforço do estudo sobre a identificação e intervenção nestas situações. Nos casos seguintes, identificou e atuou com maior confiança. A mestranda reconhece que, apesar de assustadoras, as situações vivenciadas foram úteis e enriquecedoras. Proporcionaram-lhe oportunidades de se tornar mais competente e apta no reconhecimento e atuação perante futuros casos semelhantes, agindo de forma calma e racional.

Após a restituição da cabeça fetal, a mestranda apoiava-a e pesquisava a existência de circulares cervicais. Dos PE assistidos, a maioria das circulares eram largas. Em casos de circulares apertadas foi necessário laquear e cortar o cordão para permitir a exteriorização do RN. A mestranda refletiu com a orientadora e equipa sobre a possibilidade de, nesses casos, aplicar a Manobra de *Somersault*, sendo uma técnica recomendada pela evidência científica (Sequeira et al., 2020; OE, 2015). A equipa, apesar de pouco familiarizada com a manobra, reconheceu sua pertinência e benefícios, incentivando discussões que podem levar à sua futura adoção.

Após confirmada a ausência de circulares cervicais que pudessem impedir o nascimento, a mestranda apoiava a cabeça fetal e ajudava na exteriorização do ombro anterior e, em seguida, do ombro posterior, controlando a saída dos mesmos para proteger o períneo (Posner et al., 2014). Ao longo dos 41 partos eutócicos assistidos, a mestranda foi adquirindo mais confiança e autonomia, assumindo a assistência ao parto de forma dinâmica e segura.

É deveras importante e bonito envolver a mulher e acompanhante no nascimento, de modo a perceberem a sua capacidade de ajudar o bebé a nascer, tornando a experiência significativa. Solicitava ao acompanhante que falasse com o bebé e proporcionava que observasse a cabeça fetal a coroar. Questionava a mãe se gostaria de tocar na cabeça do bebé e, se desejava, "puxar o bebé para fora" no momento oportuno. Procurou, perante toda a sua atuação, promover uma experiência positiva (WHO, 2018; Regulamento nº 391/2019, 2019).

Assim que expulso, e se o RN apresentasse boa adaptação à vida extrauterina, era colocado em contacto pele-a-pele com a mãe conforme recomendado pela WHO (2018) e descrito na

Orientação nº 002/2023 (2023) da DGS, a fim de promover a vinculação precoce, a termorregulação, o início da amamentação, entre outros benefícios (Ayres et al., 2021).

O corte do cordão umbilical é outro momento, geralmente, significativo e impactante para a mulher e convivente. Por isto, a mestranda questionou sempre se o queriam executar. Inicialmente, aguardava pelo menos 3 minutos (ou até deixar de pulsar), para proceder à laqueação e corte do cordão umbilical conforme recomendação da WHO (2018). Entretanto, adotando a Orientação nº 002/2023 (2023), começou a executar a técnica 1-2 minutos após o nascimento e, prolongando esse tempo apenas se solicitado pela mãe e se as condições do RN o permitissem. Por vezes não foi possível realizar contacto pele-a-pele, e o cordão teve de ser laqueado e cortado precocemente devido à ineficaz adaptação do RN ao meio extrauterino, necessitando de cuidados acrescidos de aquecimento, estimulação, ventilação e vigilância.

Após a expulsão do RN, inicia-se o Estadio III do TP que decorre até à saída completa da placenta, conhecida como dequitação (Posner et al., 2014; Fatia & Tinoco, 2016; WHO, 2018).

O descolamento da placenta ocorre por ação da contração e involução espontânea do útero, sendo um processo fisiológico e de tempo variável (Graça, 2017). Conforme recomendação da WHO (2018) e Orientação nº 002/2023 da DGS, a mestranda respeitou o seu curso natural, prevenindo complicações. Adotou uma atitude expectante durante os primeiros 30 min pós-parto, aguardando sinais de dequitação. Quando tal não sucedia, adotava uma conduta ativa, realizando uma tração controlada do cordão umbilical, massagem uterina e administração de uterotónicos. Perante os sinais de descolamento, e ao surgir a placenta ao intróito vaginal, mantinha a tração e realizava a manobra de Jacob-Dublin para preservar a integridade das estruturas.

Assim que exteriorizada a placenta inicia-se o Estadio IV que se estende até às primeiras duas horas pós-parto (Posner et al., 2014; Fatia & Tinoco, 2016; WHO, 2018).

Após exteriorização da placenta, colocava-a na mesa de apoio, verificava a formação do globo de segurança de *Pinard* e avaliava as perdas de sangue. Solicitava a administração de ocitocina para prevenir atonia uterina (Graça, 2017; WHO, 2018; Orientação nº 002/2023). Garantido o controlo hemostático, inspecionava a placenta, cordão umbilical e membranas, observando a integridade das estruturas e possíveis anomalias. Tal assegurava a identificação de alterações que pudessem comprometer o bem-estar do RN ou puérpera (Fatia & Tinoco, 2016; Graça, 2017). Esta intervenção permitiu à mestranda aprofundar os seus conhecimentos a respeito da morfologia e fisiologia das estruturas, favorecendo as competências essenciais para, no futuro, identificar facilmente eventuais alterações.

A mestranda experienciou uma situação de membranas fragmentadas e uma de hemorragia pós-parto. No primeiro caso, reviu manual a cavidade uterina para garantir a expulsão completa das membranas e notificou a equipa médica, que posteriormente fez o controle ecográfico (Posner

et al., 2014). Na hemorragia pós-parto, ao constatar perdas acima do espectável, verificou o Globo de Segurança de Pinard e realizou massagem abdominal para estimular a contração uterina, seguindo as orientações da OMS (2014) e do Regulamento nº 391/2019 (2019) e encaminhando a situação para a equipa médica. Estas experiências muniram-na de ferramentas que converteu nas competências adequadas para atuar em conformidade enquanto futura EEESMO.

Por último, desencadeia-se o Estadio IV do TP que compreende as duas horas subsequentes à dequitação (Fatia & Tinoco, 2016). Neste período, procede-se à reparação de tecidos e garante-se a eficácia dos processos hemostáticos e do bem-estar da puérpera e RN.

A fase seguinte no cuidado à mulher inclui a revisão da integridade dos tecidos do canal de parto e a reparação das lesões, competência atribuída ao EEESMO (Regulamento nº 391/2019, 2019). A mestranda examinou cuidadosamente o canal de parto e o períneo para identificar lacerações ou, no caso de episiotomia, verificar a extensão do corte. Em seguida, procedeu à sua reparação, realizando 17 perineorrafias e 10 episiorrafias. Esse processo foi desafiante e exigiu treino constante, persistência e orientação da EEESMO, que a ajudou a aprimorar a técnica. Inicialmente insegura, a mestranda treinou em material sintético até aprimorar a técnica o suficiente para se sentir confiante. Durante o processo de reparação perineal, considerou sempre o conforto da paciente, administrando anestesia local quando necessário para aliviar a dor. Ao longo do estágio, foi ganhando autonomia e destreza, recebendo *feedback* positivo da orientadora.

O internamento de Obstetria é contíguo à Sala de Partos, o que possibilitou acompanhar a evolução cicatricial das episiorrafias efetuadas e assim avaliar e refletir sobre a sua técnica de sutura. Ao final, sentiu-se capaz de aplicar as técnicas de sutura com eficácia e confiança, alinhando-se às diretrizes do Regulamento nº 391/2019 (2019).

Posto isto, nas duas horas de pós-parto imediato, garantiu a vigilância apertada do bem-estar da díade/tríade e promoveu a amamentação (ou forneceu leite artificial se necessário/pretendido). Quando verificadas situações desviantes ao recomendado, reportava à equipa médica, conforme o Regulamento nº 391/2019 (2019) e a Orientação nº 002/2023. Após essas duas horas e garantido o bem-estar da díade, procedia-se à transferência para o Internamento de Obstetria e Berçário, em regime de alojamento conjunto. Durante a transferência, realizou educação para a saúde e transmitiu à colega informações relevantes sobre a díade, atuando conforme as competências regulamentadas (Regulamento nº 391/2019, 2019).

Até agora refletiu-se sobre a sua intervenção no TP que culmina em PE. Contudo, também ocorreram cesarianas e partos distócicos, cuja intervenção será alvo de reflexão em seguida.

A decisão de realizar uma cesariana surgia por motivos de patologia materna, história obstétrica, apresentação fetal e/ou na presença de indícios de sofrimento fetal. A mestranda preparava a mulher para o bloco operatório, conforme o protocolo institucional, assegurava o

transporte adequado para o local designado e prestava apoio emocional, assistindo no controlo da ansiedade relativa ao procedimento (Regulamento nº 391/2019, 2019).

Os partos distócicos, com recurso a instrumentos, ocorriam perante a não progressão do feto pelo canal de parto, exaustão materna com EE ineficazes e/ou registo CTG pouco tranquilizador. Nestes casos, o EEESMO revelou-se fundamental enquanto elemento de referência para a parturiente e família pelo apoio prestado e primeiros cuidados ao RN. Além disso, neste cenário, o EEESMO apoia a equipa médica na realização do procedimento (Regulamento nº 391/2019, 2019). A mestranda participou em 5 partos distócicos com aplicação de ventosa.

O EEESMO deve nutrir conhecimentos e competências que permitam uma atuação eficaz e apropriada às necessidades imediatas do bebé (Regulamento nº 391/2019, 2019). A mestranda prestou cuidados a 17 RN, dos quais 12 nasceram de cesariana e 5 de parto distócico. Em ambos os casos, realizava exames físicos em colaboração com a equipa médica, observava as características anatómicas, administrava vitamina K (fitomenadiona) após consentimento, avaliava o peso, e colocava a pulseira de identificação e antirapto. Se o RN apresentasse dificuldades de adaptação, traduzido pelo índice de APGAR, aquecia-o e estimulava-o, e se necessário assistia na permeabilização da via aérea e no suporte ventilatório. Os cuidados ao RN, nomeadamente em casos emergentes de má adaptação ao meio extrauterino, era uma das áreas de intervenção do EEESMO mais temida pela mestranda. Esta experiência revelou-se crucial para a futura prática profissional, pois ao adquirir estas competências, sentir-se-á mais confiante na sua atuação e estará mais apta a responder rápida e eficazmente perante situações complexas.

Procurou-se constantemente implementar cuidados holísticos, culturalmente sensíveis, individualizados e personalizados uma vez que a população cuidada era frequentemente oriunda de outras culturas, com baixos níveis de literacia em saúde e comunicante noutras línguas (ICM, 2024; Regulamento nº 391/2019, 2019).

A Teoria do Conforto guiou as suas ações no sentido de atender ao bem-estar físico e psicológico da mulher, promovendo conforto durante o TP através de intervenções como o apoio à escolha de posições, a gestão da dor e a criação de um ambiente acolhedor e seguro. Conjuntamente, a Teoria das Transições de Meleis reforçou a importância de apoiar a mulher e a sua família durante a transição para a parentalidade, com uma abordagem centrada na escuta ativa e no reforço de competências para uma experiência de parto informada e confiante, promovendo uma experiência de parto humanizada, segura e digna.

A prestação de cuidados à mulher, RN, e/ou conviventes significativos é uma ínfima parte do papel do EEESMO no BP. Como profissional de referência no acompanhamento ao TP, o EEESMO é dotado de conhecimentos e competências essenciais à promoção de uma experiência de parto positiva. Segundo Sequeira, Pousa e Amaral (2020), a integração da melhor evidência científica,

aliada a uma relação de confiança e uma abordagem centrada na dignidade e respeito resulta em cuidados obstétricos e neonatais de alta qualidade.

O EEESMO pelas suas competências técnicas, comunicacionais e relacionais consegue mobilizar todas as ferramentas necessárias, qualquer que seja a circunstância. Consegue atenuar medos e incertezas trazendo a tranquilidade, consegue trazer compreensão quando nada parece fazer sentido, consegue promover o conforto quando o desespero pela dor e cansaço se exacerbam e consegue trazer satisfação, beleza e significância a estes momentos, tão únicos.

As competências desenvolvidas ao longo deste estágio foram fundamentais para a preparação da mestrandas enquanto futura EEESMO. A prática no contexto do BP permitiu-lhe adquirir uma abordagem prática e diferenciada no cuidado à mulher durante o trabalho de parto, centrada na promoção do bem-estar MF e na prevenção de complicações. A diversidade de experiências vivenciadas consolidou a capacidade de responder com confiança e empatia, respeitando os desejos e necessidades individuais das parturientes e apoiando-as ao longo de todas as fases do parto. As competências técnicas, relacionais e comunicacionais adquiridas proporcionam uma base sólida para a sua prática futura, permitindo-lhe promover uma experiência de parto digna, segura e humanizada, adaptada às especificidades de cada mulher e família. Refletindo sobre o percurso e as aprendizagens realizadas, a mestrandas considera que atingiu com sucesso o objetivo inicialmente delineado para o estágio, sentindo-se preparada para intervir como EEESMO perante as competências necessárias.

4. INTERVENÇÃO DO EEESMO NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA MULHER

Devido à relevância da temática, foi considerado importante dedicar um capítulo para apresentar e analisar criticamente a intervenção da mestranda em contexto clínico, focando-se na vivência da sexualidade ao longo do ciclo de vida da mulher.

As teorias de Transições de Meleis e de Conforto de Kolcaba destacam a importância da intervenção do enfermeiro nos momentos de transição para promover o bem-estar (Meleis, 2010; Kolcaba, 2003). A sexualidade feminina é dinâmica ao longo do ciclo de vida, sendo influenciada por essas transições. Com as suas competências, o EEESMO deve integrar essas teorias, adotando uma abordagem holística que veja a sexualidade como um elemento em constante transformação, oferecendo apoio adequado às necessidades da mulher em cada fase.

Com base na visão da mestranda sobre a importância de trabalhar a área da sexualidade e no papel fundamental do EEESMO, decidiu-se explorar essa temática em todos os contextos de estágio. Este trabalho foi desenvolvido em colaboração com as orientadoras e fundamentado nas teorias que sustentam a prática de enfermagem. Em todos os estágios definiu-se o objetivo de promover a vivência de uma sexualidade saudável, com atividades e tarefas ajustadas ao público-alvo e às intenções da mestranda em cada contexto (APÊNDICE IX).

No estágio de puerpério, a mestranda realizou uma sessão de educação para a saúde para puérperas sobre a vivência da sexualidade após o parto (plano da sessão no APÊNDICE IX e apresentação no APÊNDICE X). A sessão abordou mudanças físicas e emocionais que poderiam afetar a intimidade, dificuldades, cuidados a adotar e estratégias para uma sexualidade saudável. O EEESMO desempenha uma intervenção essencial no apoio informativo e emocional a mulheres no pós-parto e, as sessões educativas mostram-se eficazes para melhorar a satisfação sexual e reduzir a ansiedade ao retomar a vida íntima (McBride & Kwee, 2017). O EEESMO facilita a adaptação, ajudando as mulheres a compreenderem que suas vivências são normais, promovendo aceitação e confiança. A mestranda sentiu que contribuiu para que as puérperas se sentissem mais tranquilas e autoconfiantes no seu processo de recuperação e vivência sexual. As participantes aderiram e partilharam um *feedback* bastante positivo.

Durante os estágios em Consulta de Ginecologia e Consulta de Gravidez Patológica teve oportunidade de participar num projeto educativo no qual desenvolveu vídeos em formato de apresentação para serem exibidos numa televisão na sala de espera do hospital (APÊNDICE XI, XII e XIII). Esta participação permitiu desenvolver competências no âmbito da integração de projetos que

visem áreas de interesse e promoção da literacia em saúde (Regulamento nº 140/2019, 2019; Regulamento nº 391/2019, 2019).

Nos vídeos desenvolvidos para Ginecologia, abordou-se a vivência da sexualidade em mulheres em fase de climatério/menopausa e com depressão, duas situações tendencialmente impactantes devido a alterações hormonais e emocionais (Araújo & Bruns, 2007; Silva et al, 2020). O conteúdo, apresentado com linguagem acessível e empática, focava-se nas dificuldades, fornecia estratégias e incentivava a procura de ajuda profissional, visando normalizar essas experiências e promover uma vivência saudável da sexualidade.

Face à área da gravidez, elaborou também um vídeo, neste caso, sobre a vivência da intimidade durante o TP, um tema ainda considerado tabu. O vídeo abordou os seus benefícios, normalizando essa prática como potencialmente vantajosa tanto para o casal quanto para o bebé.

A intervenção do EEESMO em projetos educativos, como a criação de vídeos, é crucial para desmistificar tabus e oferecer suporte acessível. O EEESMO, ao atuar em iniciativas educativas, contribui para aumentar a conscientização e fornecer ferramentas para que as mulheres possam compreender e vivenciar a sexualidade de forma saudável. Estudos mostram que materiais educativos em ambientes de espera hospitalar melhoram a percepção de cuidado e facilitam a adaptação a novas fases de vida (Williams et al., 2019).

Além disso, durante as consultas de gravidez patológica, abordava a vivência da sexualidade (perspetivando as condições clínicas existentes), os seus benefícios e eventuais estratégias que poderiam ser adotadas perante alguns desconfortos ou dificuldades que pudessem surgir.

No estágio em Comunidade, a mestranda abordou a sexualidade nas consultas, adaptando-a conforme a fase de vida da mulher – idade fértil, gravidez, puerpério ou menopausa. Esta abordagem personalizada permitiu orientar cada mulher segundo suas necessidades específicas, promovendo um atendimento empático e centrado na pessoa (WHO, 2018). Esse contato direto ajudou as pacientes a sentirem suas preocupações valorizadas, criando um ambiente de confiança e incentivando a compreensão da própria sexualidade.

A participação no CPPP permitiu à mestranda realizar uma sessão educativa para grávidas e acompanhantes sobre a sexualidade após o parto, criando um espaço seguro para esclarecer dúvidas e receios comuns sobre o retorno à vida sexual (plano da sessão no APÊNDICE XIV e apresentação no APÊNDICE XV). Esta intervenção ajudou a ajustar expectativas e a preparar para uma adaptação mais serena e informada, garantindo ferramentas para enfrentar essa nova fase com mais confiança. Orientações antecipadas promovem uma maior autoconfiança no período pós-natal, melhorando a saúde sexual e o bem-estar geral da mulher (Andrews & Boyle, 2019).

No estágio em BP, a intervenção da mestranda teve como foco a equipa de enfermagem, com o objetivo de partilhar os dados resultantes da sua investigação sobre a vivência da sexualidade

no pós-parto (plano da sessão em APÊNDICE XVI e apresentação em APÊNDICE XVII). Esta partilha de conhecimento revela-se importante, pois permite que o EEESMO promova uma prática baseada em evidências, essencial para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Ao discutir os achados sobre os desafios e adaptações que as mulheres enfrentam na retomada da vida sexual após o parto, a mestranda contribuiu para aumentar a compreensão da equipa sobre a importância de uma abordagem empática e informada.

Além disso, essa troca de conhecimento ajuda a sensibilizar os profissionais para a necessidade de apoiar as mulheres de forma integral, considerando tanto os aspetos físicos quanto emocionais envolvidos no puerpério. Promover discussões sobre temas frequentemente negligenciados, como a sexualidade no pós-parto, facilita a adaptação dos profissionais a abordagens que valorizam o conforto e o bem-estar das pacientes, reforçando o compromisso com a humanização dos cuidados.

Estas atividades proporcionaram uma oportunidade para promover uma sexualidade saudável e positiva para mulheres em diferentes fases do ciclo de vida, em conformidade com o Regulamento nº 391/2019 (2019). A procura pela melhor evidência científica foi essencial para transmitir informações precisas e desenvolver competências relacionais. Através da educação, do apoio e da adaptação das intervenções, foi possível ajudar as mulheres a enfrentar desafios e transições, fortalecendo sua confiança e promovendo uma vivência informada e satisfatória da sexualidade.

Além disto, a mestranda tem participado em diversos eventos na área da sexualidade e destaca aqui a sua participação no Seminário Internacional de Educação Sexual: Promover a Saúde Europeia no âmbito do Projeto *EdSex*. Assistiu às palestras e colaborou com uma produção científica, elaborando um Póster Científico para divulgar os achados obtidos no seu trabalho de investigação no âmbito da sexualidade da mulher após trauma perineal (APÊNDICE XVIII). A participação nestes eventos é fundamental para o EEESMO pela atualização contínua e partilha de conhecimentos inerentes a assuntos de notável interesse. A divulgação científica não só facilita a atualização dos profissionais, como também permite ao EEESMO influenciar a qualidade dos cuidados e promover práticas inovadoras que beneficiem diretamente a saúde e bem-estar da população.

No âmbito do trabalho que veio a desenvolver ao longo do último ano, foi convidada a realizar duas formações para os seus pares com o objetivo de conscientizar para a importância de abordar a sexualidade, designadamente no pós-parto. Muitas vezes negligenciada, a sexualidade após o parto é fundamental para a recuperação e adaptação das novas mães, e sensibilizar os profissionais para este aspeto ajuda a promover uma abordagem integral e humanizada nos cuidados. Ao apresentar evidências científicas e partilhar experiências clínicas, procura capacitar os

pares para que possam reconhecer a relevância e a necessidade de discutir a sexualidade, fortalecendo a qualidade do atendimento oferecido.

No seu contexto de trabalho, a mestranda tem a oportunidade de intervir diretamente junto das mulheres para promover uma sexualidade saudável e prazerosa após o parto. Este ambiente permite-lhe abordar de forma contínua as preocupações e desafios que as puérperas enfrentam na retomada da vida íntima. Esta prática vai ao encontro do que ela idealiza para todos os serviços de saúde: um acompanhamento integral e humanizado, em que os aspetos emocionais e físicos da sexualidade sejam valorizados no período pós-parto. Assim, a mestranda contribui para que as mulheres possam vivenciar esta fase com maior confiança e conhecimento, criando uma base sólida para uma adaptação positiva e duradoura.

E não restam dúvidas! As mulheres desejam e necessitam, ao longo de todo o ciclo de vida, de um espaço seguro para compartilhar as suas experiências e vivências sexuais. No entanto, a sociedade e os próprios profissionais de saúde, incluindo os EEESMO, ainda não estão totalmente preparados, predispostos e abertos para falar sobre sexualidade. Esta limitação impacta profundamente as mulheres, que muitas vezes sofrem em silêncio devido à falta de apoio. O EEESMO, que deveria acompanhar a mulher em todas as fases da vida, não está a alcançar todo o seu potencial de intervenção nesta área essencial.

Negligenciar a discussão sobre a sexualidade é omitir uma parte vital do cuidado mulher em toda a sua dimensão. Ao abraçar verdadeiramente essa competência, o EEESMO não apenas cumpre sua função profissional, mas também promove uma saúde feminina mais completa e humanizada, onde cada mulher se sente ouvida, compreendida e preparada para viver sua sexualidade com confiança e prazer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho reflete um percurso de intenso desenvolvimento profissional, marcado por momentos de superação, lágrimas e sorrisos, lutas e conquistas, que consolidaram as bases para a prática como EEESMO. Foi uma jornada transformadora, em que cada desafio se tornou uma oportunidade de crescimento e cada vitória reforçou o compromisso com um cuidar pautado pela humanidade e excelência.

O presente relatório de estágio assinala o término de uma fase formativa essencial nesta especialidade, cuja discussão pública marcará o início de um novo ciclo profissional como EESMO. Este documento retrata os momentos determinantes desse percurso, destacando as oportunidades de aprendizagem e o desenvolvimento de competências.

O estágio, o desenvolvimento do processo investigativo e a concretização deste relatório foram etapas de grande relevância, que, para além de aprofundarem o conhecimento teórico, favoreceram o desenvolvimento de competências essenciais à prática enquanto EESMO. Marcado pela diversidade de experiências, proporcionou uma compreensão mais profunda dos desafios e das responsabilidades desta especialidade.

Orientado por objetivos gerais e específicos, procurou desenvolver competências especializadas em saúde materna e obstétrica e construir um conhecimento robusto e indispensável para alcançar o Título de Especialista e o Grau de Mestre. Recordando os objetivos inicialmente definidos, a mestranda considera que os atingiu de forma bem-sucedida. Nos objetivos gerais, concretizou uma análise reflexiva das competências adquiridas e refletiu sobre a evidência científica acerca da temática investigada e das suas implicações. Cada objetivo específico foi abordado com rigor, desde a compreensão da intervenção do EEESMO na promoção do bem-estar feminino ao longo do ciclo de vida até à aplicação prática alicerçada em regulamentações e diretrizes. A execução da SR e do trabalho de campo permitiu aprofundar o conhecimento sobre a vivência da sexualidade após trauma perineal, destacando a importância de cuidados integrados e informados. A estrutura deste trabalho reflete assim a integração entre o conhecimento científico e a prática, alinhando-se com o objetivo de fundamentar as decisões e cuidados prestados de forma consciente e empática, de acordo com as necessidades individuais de cada utente.

Ao longo deste percurso, foram cumpridos todos os Descritores de Dublin para o 2.º ciclo de estudos, orientadores no desenvolvimento das competências essenciais ao grau de Mestre em ESMO. A mestranda aprofundou o conhecimento teórico e a sua aplicação prática, aperfeiçoando

a tomada de decisões e a comunicação em contextos desafiantes, além de fortalecer as capacidades de autoaprendizagem, fundamentais para a prática futura.

Ao longo deste processo, emergiram desafios significativos, como a gestão emocional em situações delicadas e o equilíbrio entre vida pessoal, profissional e académica. A mestranda, utilizando as competências de autoconhecimento e autoaprendizagem, reconheceu e trabalhou essas limitações. Com iniciativa, resiliência e o apoio do seu círculo de influência, considera que superou essas dificuldades, consolidando a sua preparação profissional.

A investigação sobre o impacto do trauma perineal na vivência sexual da mulher representa um contributo significativo tanto para a prática clínica como para a ciência, ao destacar a importância de intervenções que considerem a saúde sexual como parte integrante do bem-estar feminino. Os resultados sublinham a necessidade de integrar o tema da sexualidade no acompanhamento das mulheres no pós-parto, promovendo espaços de diálogo e apoio para questões frequentemente desvalorizadas. Em termos práticos, este estudo incentiva os profissionais a desenvolverem uma abordagem mais empática e informada sobre a sexualidade, que possa mitigar os impactos do trauma perineal e fortalecer o apoio à mulher e ao casal durante a recuperação.

Face à necessidade de ampliar o conhecimento científico num tema tão relevante e, por vezes, subestimado, sugere-se que futuras investigações explorem o impacto de intervenções educativas na vivência sexual em diferentes fases do ciclo de vida da mulher, valorizando a atuação do EEESMO. Essa linha de investigação poderá contribuir para uma compreensão mais aprofundada e para o desenvolvimento de práticas que promovam, continuamente, a saúde sexual da mulher.

Mais do que uma realização académica, esta tese simboliza um compromisso profundo com o cuidado, com o apoio e com a promoção do bem-estar da mulher. Encerra-se este ciclo com a certeza de que o caminho percorrido representa uma base sólida para uma prática fundamentada em devoção, profissionalismo, humanização e dignidade. A mestranda compromete-se a continuar a formação contínua, aplicando na prática o olhar distinto e o cuidado humanizado que foram a essência desta jornada. Assumindo o papel de EESMO com humildade e determinação, pretende contribuir para a evolução das práticas de cuidado e reforçar o apoio à mulher em todas as etapas do seu ciclo de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A. B., Lukasse, M., & Reinar, L. M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 13(6), 1-85. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006672.pub3>
- Andrews, C. M., & Boyle, J. S. (2019). *Transcultural Concepts in Nursing Care* (8ª edição). Lippincott Williams & Wilkins.
- Araújo, A. R., & Bruns, M. A. T. (2007). Sexualidade feminina e depressão: Diálogos entre os antidepressivos e psicoterapia. *Revista de Enfermagem UFPE*, 1(2), 274-278. <https://doi.org/10.5205/reuol.395-8839-1-LE.0102200725>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). JBI Manual for Evidence Synthesis. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Ayres, L., Cnossen, R., Passos, C., Lima, V., Prado, M., & Beirigo, B. (2021). Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. *Escola Anna Nery*, 25(2), 1-8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0116>
- Ayres-de-Campos, D. (2016). Introduction: why is intrapartum foetal 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>
- Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 30(4), 1-50. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005123.pub3>
- Beleza, A. C. S. (2019). O trauma perineal no parto. *Fisioterapia Brasil*, 5(6), 462-466. <https://doi.org/10.33233/fb.v5i6.3190>
- Brook, J., & Salmon, D. (2017). 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. P. R. (2015). Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. *Psico*, 46 (4), 483-492. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.20802>
- Cercas, M. R., Paiva, M. B., Sarmiento, R., & Lopes, A. P. (2023). Sexualidade no pós-parto: Revisão de literatura. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 17(4), 299-304.

<https://www.fspog.org/images/editor2/09%20AOGP-D-23-00039.pdf>

Circular Normativa nº 02/DSMIA da DGS. (2006). Prestação de cuidados pré-concepcionais.

<https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/PRT-MN-21-015-GUIDELINE-2006-prt-2006-Cuidados-preconcepcionais-EnvolveParceiroDGS.pdf>

Circular Normativa nº9/SR da DGS. (2007). Interrupção Medicamentosa da Gravidez.

https://www.spdc.pt/files/legix/11268_3.pdf

Circular Normativa nº11/SR da DGS. (2007). Organização dos Serviços para implementação da Lei

Nº: 11/SR 16/2007 de 17 de Abril. https://www.spdc.pt/files/legix/11270_3.pdf

Cock, T. P., Mannien, J., Geerts, C., Klomp, T., & Jonge, A. (2015). Exclusive breastfeeding after home versus hospital birth in primary midwifery care in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(262), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0688-8>

Couto, C., & Carneiro, M. (2017). Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*, 16 (3), 552-563. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>

Decreto-Lei nº 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Diário da República: I série, nº 157. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Delegado-Pérez, E., Rodríguez-Costa, I., Vergara-Pérez, F., Blanco-Morales, M., & Torres-Lacomba, M. (2022). Recovering sexuality after childbirth. What strategies do women adopt? A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020950>

DGS. (2008). Programa nacional de saúde reprodutiva. https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf

DGS. (2020). Programa nacional de vacinação. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>

DGS. (2015). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/prt-mn-74-07-plan-strategy-2015-prt-2015-programa-nacional-vigilancia-gbr.pdf>

DGS. (2023). Relatórios de análise dos registos das interrupções da gravidez: 2022. <https://www.spdc.pt/images/Relatorio de IG 2022.pdf>

Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Fisiologia do trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Eds). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.321-323). Lidel.

Fodstan, K., Staff, A. C., & Laine, K. (2016) Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. *International Urogynecology Journal*, 27, 1513-1523. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3015-7>

Forero-Santacruz, A. M., Moncunill-Martínez, E., Dios-Aguado, M., Gradellini, C., Soto-Fernández,

- I., & Gómez-Catarino, S. (2021). Experiências e experiências sexuais de mulheres no pós-parto: O papel de mãe e amante. In A. M. A. Frias, & C. C. Agostinho (Eds.), *A obra prima: A arte de cuidar no início da vida* (p. 166-179). Editora Científica Digital. <https://www.editoracientifica.com.br/artigos/experiencias-e-experiencias-sexuais-de-mulheres-pos-parto-o-papel-de-mae-e-amante>
- Graça, L. M. (2017). *Medicina materno-fetal*. (5ª ed). Lidel.
- Guerra, A. (2016). Analgesia e Anestesia em Obstetrícia. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Eds.). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (p. 425-431). Lidel.
- Hannon, S. E., Daly, D., & Higgins, A. (2022). Resilience in the perinatal period and early motherhood: A principle-based concept analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 1-29. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084754>
- He, S., Jiang, H., Qian, X., & Garner, P. (2020). Women's experience of episiotomy: a qualitative study from China. *BMJ Open*, 10(7), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033354>
- Huber, M., Tunón, K., & Lindqvist, M. (2022). "From hell to healed" – A qualitative study on women's experience of recovery, relationships and sexuality after severe obstetric perineal injury. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 33, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100736>
- ICM. (2024). *Essential competencies for midwifery practice*. <https://internationalmidwives.org/resources/essential-competencies-for-midwifery-practice/>
- Instituto Politécnico de Santarém. (2012). *Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos*. Obtido de http://www.essaude.ipsantarem.pt/ESTATUTO_ESTUDANTE/NORMAS%20DE%20ELABORA%20C7%30%20E%20APRESENTA%20C7%30D%20DE%20TRABALHOS%20ESCRITOS%202013.pdf
- Instituto Politécnico de Santarém. (2012). *Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos*. http://www.essaude.ipsantarem.pt/ESTATUTO_ESTUDANTE/NORMAS%20DE%20ELABORA%20C7%30%20E%20APRESENTA%20C7%30D%20DE%20TRABALHOS%20ESCRITOS%202013.pdf
- Joint Quality Initiative. (2004). *Shared 'Dublin' descriptors for short cycle, first cycle, second cycle and third cycle awards*.
- Khorasani, E. C., Peyman, N. & Esmaily, H. (2018). Measuring maternal health literacy in pregnant women referred to the healthcare centers of Mashhad. *Journal of Midwifery Reproductive Health*. 6 (1), 1157-1162. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2017.9613>
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook Evolution*, 49 (2), 86-92. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Kolcaba, K., Y. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*.

Springer.

- Lança, F. (2017). Analgesia e anestesia no parto. In L. M. Graça, (Eds.). *Medicina materno fetal*. (p.260-271). Lidel.
- Leal, I., Lourenço, S., Oliveira, R., Carvalheira, A., & Maroco, J. (2014). Sexual function in women after delivery? Does episiotomy matter? *Health*, 6(2014), 356-363. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2014.65052>
- Lei nº 16/2007. (2007). Diário da República: I série, nº 75. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/16-2007-519464>
- Lima, J. V. F., Guedes, M. V. C., Silva, L. F., Freitas, M. C., & Fialho, A. V. M. (2016). Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puerpera: Análise crítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4), 1-5. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.65022>
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., Alden, K. R., & Praça, N. S. (2013). *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica*. Elsevier.
- Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 240, 93-98. <https://www.iris.unina.it/retrieve/e268a730-85b9-4c8f-e053-1705fe0a812c/163%20Warm%20compresses%20-%20European%20DOI%20-%20Magoga.pdf>
- Marques, J. B. & Reynolds, A. (2011). Distócia de ombros: Uma emergência obstétrica. <https://doi.org/10.20344/amp.480>
- McBride, H. L., & Kwee, J. L. (2017). Sex After Baby: Women's Sexual Function in the Postpartum Period. *Curr Sex Health Rep*, 9, 142–149 <https://doi.org/10.1007/s11930-017-0116-3>
- McLeish, J., Ayers, S., & McCourt, C. (2023) Community-based perinatal mental health peer support: a realist review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(570), 1-12. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-023-05843-8>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in research and practice*. (1ª edição). Springer Publishing Company. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Mendes, T. M. A. P. (2012). *Vivências da sexualidade nas mulheres após o nascimento do primeiro filho: Fatores condicionantes do bem-estar sexual* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4151>
- OE. (2015). Livro de bolso: *Enfermeiros especialistas em saúde materna e*

- obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- OE. (2021). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- OE. (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
- Ollivier, R., Aston, M., Price, S., Sheppard-LeMoine, D., & Steenbeek, A. (2024). 'Feeling Ready': A Feminist Poststructural Analysis of Postpartum Sexual Health. *Qualitative Health Research*, 34(3), 252-262. <http://dx.doi.org/10.1177/10497323231209842>
- O'Malley, D., Smith, V., & Higgins, A. (2023). Sexual Aspects of Problems in the Postpartum and Early Parenthood (1st Year). In S. Geuens, A. P. Mivšek, W. L. Gianotten (Eds.), *Midwifery and Sexuality* (p. 163-174). Springer. <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/61916>
- OMS. (2014). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505?sequence=12>
- Orientação nº 002/2023. (2023). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto.
- Parecer nº 141/2009 da OE. (2009). Execução de citologia cervical. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%20141_02%2006%202009_execução%20de%20citologia%20eesmo_VFinal.pdf
- Parecer nº 50/2014 da OE. (2014). Colocação de DIU, Implanon® e marcação de consultas de vigilância de gravidez de baixo risco assim como em grávidas diabéticas gestacionais por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_50_2014_Colocacao_de_DIU_IMPLANON_e_marcao_de_CVG_de_Baixo_Risco_Assim_Gravidas_da_DIAB.pdf
- Pedro, A., Pacheco, A., Sousa, R., Mendinhos, G., Miranda, M., Urzal, C., Monteiro, V., Fraga, T., Pereira da Silva, D., Paula, T., Oliveira, I., Cabral, J., & Fonseca Moutinho, J. (2023). Orientações de Consenso para a Abordagem dos Resultados Alterados nos Testes de Rastreio do Cancro do Colo do Útero pela SPCPTGI. *Acta Médica Portuguesa*, 36(4), 285-295. <https://doi.org/10.20344/amp.18776>
- Pereira, G., Moreira, K., & Novo, A. (2020). Alterações psicológicas no puerpério (APP): revisão sistemática da literatura. *RevSalus*, 2, 136-137. <http://hdl.handle.net/10198/22739>
- Petročnik, P., & Mivšek, A. P. (2023). Sexual aspects of labour/childbirth-induced trauma. In S. Geuens, A. P. Mivšek, W. L. Gianotten (Eds.), *Midwifery and Sexuality* (p. 155-162).

- Springer. <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/61916>
- Posner, G. D., Dy, J., Black, A. Y., & Jones G. D. (2014). *Trabalho de parto & parto de Oxorn e Foote*. 6ª edição.
- Prada, F., & Rafael, M. (2016). Partograma. In M. Néné, R., Marques, & M. A. Batista, (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.348–352). Lidel.
- Priddis, H., Schmied, V., & Dahlen, H. (2014). Women’s experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC Women’s Health*, 14(32), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-32>
- Regulamento nº 140/2019 da OE. (2019). Diário da República: II série, nº 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 391/2019 da OE. (2019). Diário da República: II série, nº 85. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/319-2019-121942126>
- Santos, D. A., Almeida, G. C., Bonfim, I., & Maia, J. S. (2022). Fatores associados à disfunção sexual feminina pós-parto. *Revista Científica de Enfermagem*, 12(39), 218-225. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.39.218-225>
- Sequeira, A., Sobral, M. F., Prata, A. P., Correira, T. I., Monteiro, M. J., & Henriques, C.M. (2020). Rotura artificial de membranas. In Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 79-83). Lidel.
- Serviço Nacional de Saúde (2023). Vírus do papilloma humano (HPV). <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/virus-do-papiloma-humano-hpv/>
- Silva, A. N., Barros, A. B., Batista, I. O. V., Campos, J. F. E., Alves, S. B., Silva, M. L. A., Lira, P. F., Monte, E. C., Santana, W. J., & Luz, D. C. R. P. (2020). Sexualidade feminina na menopausa: Um olhar de maior visibilidade. *Revista Eletronica Acevo Saude*, 51, 1-10. <https://doi.org/10.25248/reas.e3413.2020>
- Silveira, S. K., & Júnior, A. T. (2020). Monitorização fetal intraparto. *Femina*, 48(1), 59-64. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052446/femina-2019-481-59-64.pdf>
- Sociedade Portuguesa da Contraceção. (2020). Consenso sobre contraceção 2020. https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_novo_21julho2021_digital_book_websites.pdf
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2014). Consenso sobre infeção por HPV e neoplasia intrepitelial do colo, vulva e vagina. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-consenso-sobre-infeccao-hpv-2014.pdf>
- Sousa, F. A., Pereira, J. M., Markus, G. W. S., Silva, K. C. C., Couto, G. B. F., Pereira, R. A., Dias, A. K., & Santos, J. M. (2021). Sexualidade no pós-parto: perceção das mulheres e atuação da enfermagem. *Scire Salutis*, 11(3), 61-68. <https://doi.org/10.6008/CBPC2236->

[9600.2021.003.0009](#)

- Sousa, M. J., & Baptista, C. S. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios* (4ª edição). Lisboa: Pactor.
- Steen, M., & Diaz, M. (2018). Perineal trauma: A women's health and wellbeing issue. *British Journal of Midwifery*, 26(9), 574-584. <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2018.26.9.574>
- Strathcona Physical Therapy. (nd). *Postpartum Recovery: The Role of Pelvic Floor Physiotherapy in Healing After Childbirth*. <https://www.strathconaphysicaltherapy.com/blog/postpartum-recovery-the-role-of-pelvic-floor-physiotherapy-in-healing-after-childbirth>
- Sundström, A., Rosén, D., & Rosén, K. G. (2020). *Vigilância fetal*. Noventa.
- The Royal Women's Hospital. (2020). Perineal trauma assessment, repair and safe practice. https://thewomens.r.worldssl.net/images/uploads/downloadable-records/clinical-guidelines/perineal-trauma-assessment-repair-and-safe-practice_280720.pdf
- Torgal, A. (2016). Assitência no 1º trimestre da Gravidez. In Néné, M., Sequeira, & M. Batista (Eds.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.117-122). Lidel.
- União Europeia. (2005). *Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de setembro de 2005, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais*. Jornal Oficial da União Europeia, L 255, 22–142. <https://www.dges.gov.pt/pt/content/diretiva-200536ce-de-7-de-setembro>
- UNICEF. (2012). Manual do aleitamento materno. <https://www.unicef.pt/media/1584/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Universidade Aberta. (2020). Diretrizes para a realização de citações em texto e referências bibliográficas: Publication manual of the American Psychological Association (7ª edição). <http://hdl.handle.net/10400.2/9889>
- Vieira, T. M. M., Araújo, C. R., Souza, E. C. S., Costa, M. A. R., Teston, E. F., Benedetti, G. M. dos S., & Marquete, V. F. (2018). Vivenciando o climatério: Percepções e vivências de mulheres atendidas na atenção básica. *Revista Enfermagem em Foco*, 9(2), 40-45. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1084/443>
- Westerik-Verschuuren, L., Holzik-Mensink, M. L., Wieffer-Platvoet, M., & Velde, M. (2023). Sexual Aspects of Pelvic Floor Disturbances/Disorders. In S. Geuens, A. P. Mivsek, W. L. Gianotten (Eds.), *Midwifery and Sexuality* (p. 185-196). Springer. <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/61916>
- WHO. (2023). Primary health care. World Health Organization. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- WHO. (2018). WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=D08262E106E03CA7B0C6E1CEC85AA3D2?sequence=1>

WHO. (2015). WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172427/9789241508742_report_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHO. (2022). Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354560/9789240048515-por.pdf>

Williams, A., Herron-Marx, S., & Carolyn, H. (2007). The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery*, 23(4), 392-403.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01593.x>

Williams, C. P., Elliott, K., Gall, J., & Woodward-Kron, R. (2019). Patient and clinician engagement with health information in the primary care waiting room: A mixed methods case study. *J Public Health Res*, 11(8), 19-25.

<http://dx.doi.org/10.4081/jphr.2019.1476>

Yin, J., Chen, Y., Huang, M., Cao, Z., Jiang, Z., & Li, Y. (2024). Effects of perineal massage at different stages on perineal and postpartum pelvic floor function in primiparous women: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 1-

16. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-024-06586-w>

ANEXOS

ANEXO I – Registo 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	321
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant women:	
• Exames pré-natais/Prenatal Examinations (100)	308
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor:	
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	41
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	—
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiples births	—
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	5
• Episiotomia/Episiotomy	10
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	27
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at the risk	
• Gravidez/Pregnancy (40)	188
• Trabalho de parto/Labor	15
• Puerpério/Puerperium	15
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	156
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy new-born (100)	106
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care	21
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	142
Prática simulada/Simulated practice:	
• Prática de manobras de Leopold/Leopold's maneuver practice	x
• Prática de partos eutócicos/Practice of eutocic births	x
• Prática de partos pélvicos/ Practice of breech births	x
• Prática de distocias de ombros/Shoulder dystocia practice	x
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/Pratice on episiorrhaphy, periniorrhaphy	x

Santarém, dezembro 2024

Estudante/Student

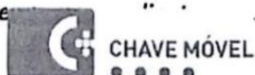
Teresa Margarida Inácio Silva

Professor/Teacher

Assinado por: **Teresa Margarida Inácio Silva**
Carreira
Num. de Identificação: 07026484
Data: 2024.12.02 23:48:15+00'00'

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

Coordenador do curso/The



APÊNDICES

APÊNDICE I – *Scoping Review*: Protocolo

Review title

A vivência da sexualidade após parto vaginal com trauma perineal: a perspetiva da mulher - uma *Scoping Review*

Reviewers

Joana Cesário¹

Teresa Carreira²

¹ Mestranda do 9º CMESMO (220001023@essaude.ipsantarem.pt)

² Professora Teresa Margarida Carreira (teresa.carreira@essaude.ipsantarem.pt)

Abstract

Objetivo: Pretende-se mapear a evidência científica sobre as vivências da sexualidade da mulher após um parto vaginal com trauma perineal.

Introdução: Interpreta-se como trauma perineal as lesões ocorridas no períneo e pavimento pélvico durante um parto vaginal. Expecta-se que tal impacte o bem-estar da mulher, designadamente no que concerne à vivência da sexualidade.

Critérios de Inclusão: Foram considerados estudos primários, que abordasse, sob a perspectiva da mulher a sua vivência da sexualidade após um parto vaginal no qual ocorreu trauma perineal.

Metodologia: Scoping Review segundo o protocolo JBI®. Definiram-se os conceitos “sexualidade”, “mulher”, “parto vaginal” e “trauma perineal” e definiram-se como limitadores estudos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, estudos com texto integral disponível, de abordagem qualitativa, quantitativa ou mista, no intervalo temporal entre janeiro de 2014 e dezembro de 2023 e acessíveis na base de dados Pubmed e plataforma EBSCOhost nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete, MedicLatina e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Perante a seleção realizada, emergiram 5 artigos para análise integral e extração de dados.

Conclusão: Perante os dados extraídos, revela-se que o trauma perineal acarreta consequências, tendencialmente negativas, para a vivência da sexualidade das mulheres. Estas denotam escassez de informação e acompanhamentos dos profissionais de saúde competentes.

Palavras-chave: “Sexuality”, “woman”, “delivery, obstetric”, “pelvic floor disorders”.

Introduction

Sendo a sexualidade um aspeto central da vida do Ser Humano, a vivência da mesma de forma saudável é fundamental para a saúde sexual. Esta, deve ser perspectivada como um estado de completo bem-estar físico, mental, emocional e social, e não apenas a ausência de doença ou disfunção, e é considerada como primordial para o bem-estar geral de indivíduos, casais e famílias ao longo de todo o ciclo de vida (World Health Organization, 2015).

O facto de a sexualidade do ser humano ser transversal a todo o seu ciclo de vida não significa que seja sempre vivida e interpretada da mesma forma. A forma como a sexualidade é perspectivada pela mulher e pelo casal vai sendo ajustada aos interesses, etapas de vida e condições de saúde/doença (World Health Organization, 2015; World Health Organization, 2023). A mulher, com as diferentes alterações fisiológicas e psicológicas vividas ao longo da sua vida reprodutiva, tende a sofrer modificações na forma como experiencia a sexualidade. Em algumas etapas do ciclo de vida da mulher, no decurso dos fenómenos vividos e transições ocorridas, infelizmente, a sexualidade pode implicar vivências tendencialmente problemáticas, associadas a sentimentos negativos e sensações desconfortáveis. Uma das etapas da vida da mulher em que isto se destaca é após a ocorrência de um parto, sobretudo se este ocorrer por via vaginal.

O parto é reconhecido como um processo composto por uma série de mecanismo, que culminam no nascimento (expulsão ou extração para o exterior) de um ou mais bebés. O bebé pode ser exteriorizado através da cavidade abdominal, designando-se por cesariana, ou expulso/extraído para o exterior através do canal vaginal acomodado pelo pavimento pélvico. Durante o trabalho de parto e parto vaginal, perante o trajeto do bebé e cumprimento dos mecanismos do trabalho de parto, é comum ocorrerem lesões nos tecidos, seja de forma espontânea através da sua rotura (lacerações), de forma intencional através de corte com instrumentos cirúrgicos (episiotomia) ou ambas (Aasheim et al., 2017; Petroenik & Mivsek, 2023). Tais lesões interpretam-se neste contexto como trauma perineal, e devem ser compreendidas como uma perda de integridade que pode acometer os tecidos desde a região urogenital até à região anal, em função da sua extensão (epitélio vaginal, vulva, clitóris, uretra, músculos períneo, tecido subcutâneo, pele, mucosa anal e esfíncteres anais) (The Royal Women's Hospital, 2020). Cerca de 50 a 80% das mulheres que têm um parto vaginal sofrem algum tipo de trauma perineal, seja devido a episiotomia, laceração, ou ambas, (Beckmann & Stock, 2013; The Royal Women's Hospital, 2020). As consequências e complicações associadas a estas lesões tecidulares dependem da região, estrutura envolvida e extensão do trauma (Williams et al., 2007).

Em função destas lesões ocorridas durante o parto, a forma como a sexualidade é vivida e perspectivada poderá sofrer alterações. Forero-Santacruz et al. (2021, p. 168) descrevem que a sexualidade após um parto pode ser complexa "(...) uma vez que requer ajustamentos no casal e

uma grande dose de compreensão mútua. Esta fase pode favorecer tanto o enriquecimento da vida sexual como o desenvolvimento de problemas.”. Segundo a literatura, após um parto vaginal, em que ocorreu trauma perineal, a mulher pode ter dificuldade em retomar a sua vivência sexual, experienciando sentimentos negativos e desconfortos diversos, como sensações de dor e alterações na libido, prazer, lubrificação e autoestima. Isto, tendencialmente, desencadeia mudanças na forma como a sexualidade é vivida pela mulher e companheiro(a), gerando repercussões no conforto e bem-estar sexual da mulher/casal (Forero-Santacruz, et al., 2021; Santos et al., 2022; Sousa et al., 2021).

O enfermeiro é, por excelência, o profissional de saúde na arte do cuidar e possuiu as competências necessárias para intervir junto da mulher/casal com alterações do seu bem-estar, contribuindo para a promoção da saúde (Regulamento nº 190/2015). Acrescido a isto, o EEESMO desenvolve na sua formação aptidões e competências técnicas e relacionais para intervir junto da mulher/casal com alterações no que concerne à saúde sexual e, tem o dever, segundo o descrito no Regulamento nº 391/2019 (2019) de desenvolver intervenções que fomentem a vivência de uma sexualidade saudável. Isto é, o enfermeiro, e designadamente o EEESMO, pode e deve intervir no âmbito da promoção da saúde e bem-estar sexual.

Para compreender de que forma a enfermagem pode desenvolver intervenções neste âmbito, recordemos que a sua prática tem por base teorias estudadas e implementadas ao longo de vários anos. As teorias de enfermagem permitem justificar e fundamentar a prática de cuidados (Meleis, 2010). Para fundamentar a importância de estudar a vivência da sexualidade das mulheres após o trauma perineal considera-se relevante recrutar duas teorias de médio alcance, a teoria desenvolvida por Afaf Meleis – Teoria das Transições de Afaf Meleis; e a teoria desenvolvida por Katherine Kolcaba – a Teoria do Conforto de Kolcaba. A teoria das transições de Afaf Meleis permite fundamentar a intervenção de enfermagem no âmbito das transições de inerentes ao ciclo de vida do indivíduo. Afaf Meleis descreve que ao longo da vida, existem situações-tipo que exigem adaptação e mudança, sendo elas desenvolvimentais, situacionais, de saúde-doença e organizacionais. Em função da situação vivida, as transições são descritas como mais ou menos complexas, e implicam múltiplas dimensões, com mudanças na identidade dos indivíduos, papéis, relacionamentos, habilidades e comportamentos (Meleis, 2010). A mulher, após o parto, transita para uma nova realidade, o que exige mudanças a diversos níveis. O parto é intrinsecamente uma transformação da mulher, do casal e da família. A Teoria do Conforto descreve que a percepção da sensação de conforto prevalece se forem atendidas todas as necessidades de carácter físico (sensações corporais e mecanismos homeostáticos), psicoespiritual (autoestima, autoconceito, sexualidade e noção de significado da vida), sociocultural (rituais religiosos, tradições familiares e relações interpessoais, familiares e sociais) e ambiental (características do meio envolvente -

temperatura, iluminação, ruído, odores, cores, cenário, entre outras) (Kolcaba, 2001; Kolcaba, 2003).

Neste contexto, e considerando as duas teorias acima referidas, interessa apenas cingir o conhecimento às transições desenvolvimentais, onde estão inseridas as inerentes à parentalidade e ao processo gravídico-puerperal, e às necessidades psicoespirituais segundo a visão de Kolcaba, onde está inclusa a vivência da sexualidade. Os enfermeiros são os principais cuidadores do indivíduo e família no decurso de uma transição. Estes, devem identificar, neste contexto, as necessidades alteradas de forma a projetar e coordenar intervenções, apoiando e assistindo na procura de soluções, que visem o seu restabelecimento, a fim de promover a perceção de conforto e bem-estar (Kolcaba, 2003; Mendes, 2012).

No contorno da temática de interesse, dado que o pós-parto está associado a um período de transição, e uma vez que a satisfação da sexualidade está associada a um critério de perceção de conforto, a promoção de uma sexualidade saudável é competência do EEESMO, conforme descrito no Regulamento nº 319/2019 (2019). A literatura supramencionada sugere que algumas mulheres sentem dificuldade em retomar a atividade sexual após o parto vaginal com trauma perineal. O EEESMO possui competências regulamentadas para intervir neste campo, que lhe conferem capacidades e habilidades para apoiar as mulheres na adaptação às alterações individuais que advém de experiências inerentes ao ciclo de vida, através da promoção do conforto e bem-estar, garantindo o retorno e a conquista de uma sexualidade plena e gratificante. Assim, de modo a conferir ao enfermeiro ESMO conhecimentos sobre as experiências das mulheres e as suas eventuais necessidades, considera-se pertinente mapear a evidência científica relativamente à forma como estas vivenciam a sexualidade após um parto com trauma perineal.

Review question(s)

De que forma a mulher vivencia a sexualidade após um parto vaginal com trauma perineal?

Inclusion criteria

Participants

Esta revisão irá considerar estudos que incluam mulheres que tenham tido anteriormente um parto vaginal no qual tenha ocorrido trauma perineal.

Concept

Sexualidade; Mulher; Parto Vaginal; Trauma perineal

Context

Esta revisão irá considerar todos os estudos, qualquer que seja o contexto físico, cultural, social, geográfico ou racial, pois não se considera serem fatores cruciais para a obtenção dos resultados pretendidos. Estes poderão ser fatores influenciadores, no entanto, para a revisão planeada, não se prevê interferência nos resultados obtidos e não se pretende estudar a influencia desses contextos no tema em questão.

Types of sources

A presente revisão inclui na sua análise estudos quantitativos, qualitativos ou mistos, publicados em português, inglês e espanhol, entre 2014 e 2023 e disponíveis com texto integral. O intervalo de tempo definido para seleção de evidência científica prende-se com os resultados encontrados na pesquisa preliminar e a presumível pertinência de alguns dos estudos encontrados no extremo inferior deste período cronológico, associado a uma escassez geral de estudos neste âmbito.

Methods

De forma a mapear a evidência científica sobre a temática e no sentido de responder à questão de revisão, foi realizada uma *scoping review* tendo como base a metodologia do *Joanna Briggs Institute (JBI)*.

A Revisão Sistemática de Literatura (RSL) constitui-se na atualidade como um dos instrumentos essenciais à afirmação da Enfermagem baseada na evidência (científica), que em associação com a experiência profissional e o valor atribuído à centralidade da pessoa quanto às suas preferências e valores, permite sustentar uma prática baseada na evidência (Amendoeira et al., 2022).

Search strategy

A elaboração da presente *scoping review* foi norteada pelos princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura baseada nas três etapas incluídas na estratégia de pesquisa do *The Joanna Briggs Institute* publicado por Aromataris e Munn (2020).

Numa primeira instância definiu-se o tema em estudo. Através do método P-C-C, delineou-se a questão de revisão e os critérios de inclusão atendendo à temática.

Precocemente foi realizada uma primeira pesquisa preliminar na base de dados Pubmed e plataforma EBSCOhost nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete, MedicLatina e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, de forma a indagar a existência de estudos científicos pertinentes e relacionados com o tema pretendido. Através da análise dos títulos dos estudos e respetivos resumos encontrados, foi estabelecido o intervalo cronológico relevante e identificados os termos contidos nos títulos, resumo e palavras-chave associados ao tema de investigação essenciais à execução da pesquisa definitiva.

De seguida, considerando os termos que emergiram da pesquisa preliminar, validou-se, numa plataforma reconhecida, aqueles que seriam descritores *MeSH* considerando o tema da revisão, e assim obteve-se os seguintes descritores: “*Sexuality*”, “*woman*”, “*delivery, obstetric*”, “*pelvic floor disorders*”.

Recorrendo apenas a estes termos *MeSH* e com a aplicação dos limitadores designados, realizou-se uma primeira pesquisa na base de dados PubMed e na plataforma EBSCOhost. Na base de dados PubMed definiu-se como limitadores da data de publicação no intervalo temporal compreendido entre 2014 e 2023, *free full text*, género feminino, idioma em inglês, português e espanhol, espécie humana e aplicou-se todos os termos de pesquisa ao campo “*Title/Abstract*”. Na EBSCOhost selecionou-se as bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete, MedicLatina e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e aplicaram-se como limitadores gerais o intervalo temporal de 2014 a 2023, o género feminino, em texto integral, idioma em inglês, português e espanhol, com todos os termos pesquisados no campo “*AB resumo*”. Os limitadores específicos definidos para cada uma das bases de dados da EBSCOhost estão descritos na tabela 1, que se segue:

EBSCOhost				
	CINAHL Complete	MEDLINE	MedicLatina	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive
PubMed	Texto integral Data de publicação: 2014-2023 Género feminino Idioma: Português, Inglês e Espanhol Todos os termos pesquisados no campo "AB Resumo".			
PubMed Limitadores: <ul style="list-style-type: none"> • Free full text • Intervalo temporal: 2014-2023 • Espécie: Humanos • Género: Feminino • Idiomas: Português, Inglês e Espanhol <p style="text-align: center;">Todos os termos pesquisados no campo "Title/Abstract".</p>	Limitadores: <ul style="list-style-type: none"> • Humano • Enfermeiro como qualquer autor • Sexo feminino • Texto integral em PDF <p style="text-align: center;">Todos os termos pesquisados em "Abstract or Author Supplied Abstract".</p>	Limitadores: <ul style="list-style-type: none"> • Humano • Sexo feminino 	Limitadores: <ul style="list-style-type: none"> • Texto integral em PDF 	Limitadores: <ul style="list-style-type: none"> • Texto integral em PDF

No entanto, como não foram obtidos resultados favoráveis, e mantendo os limitadores supracitados, associaram-se aos termos MeSH, alguns termos naturais. Assim, ao termo MeSH "pelvic floor disorder" conjugou-se os termos naturais "perineal injury" e "perineal trauma" – identificados como *keywords* nos artigos relevantes sobre a temática obtidos na pesquisa preliminar. Com recurso aos booleanos *AND* e *OR*, construiu-se a expressão final de pesquisa:

(sexuality) AND (woman) AND (delivery, obstetric) AND (pelvic floor disorders OR perineal injury OR perineal trauma).

A estratégia de pesquisa utilizada, designadamente a combinação de termos utilizados, encontra-se apresentada em anexo, no “Appendix II”.

Através do recurso a esta expressão de pesquisa e, aplicando os limitadores enuncionados, obteve-se na base de dados da PubMed um total de **179 resultados** e nas base de dados da plataforma EBSCOhost acima referidas, um total de **144 resultados**.

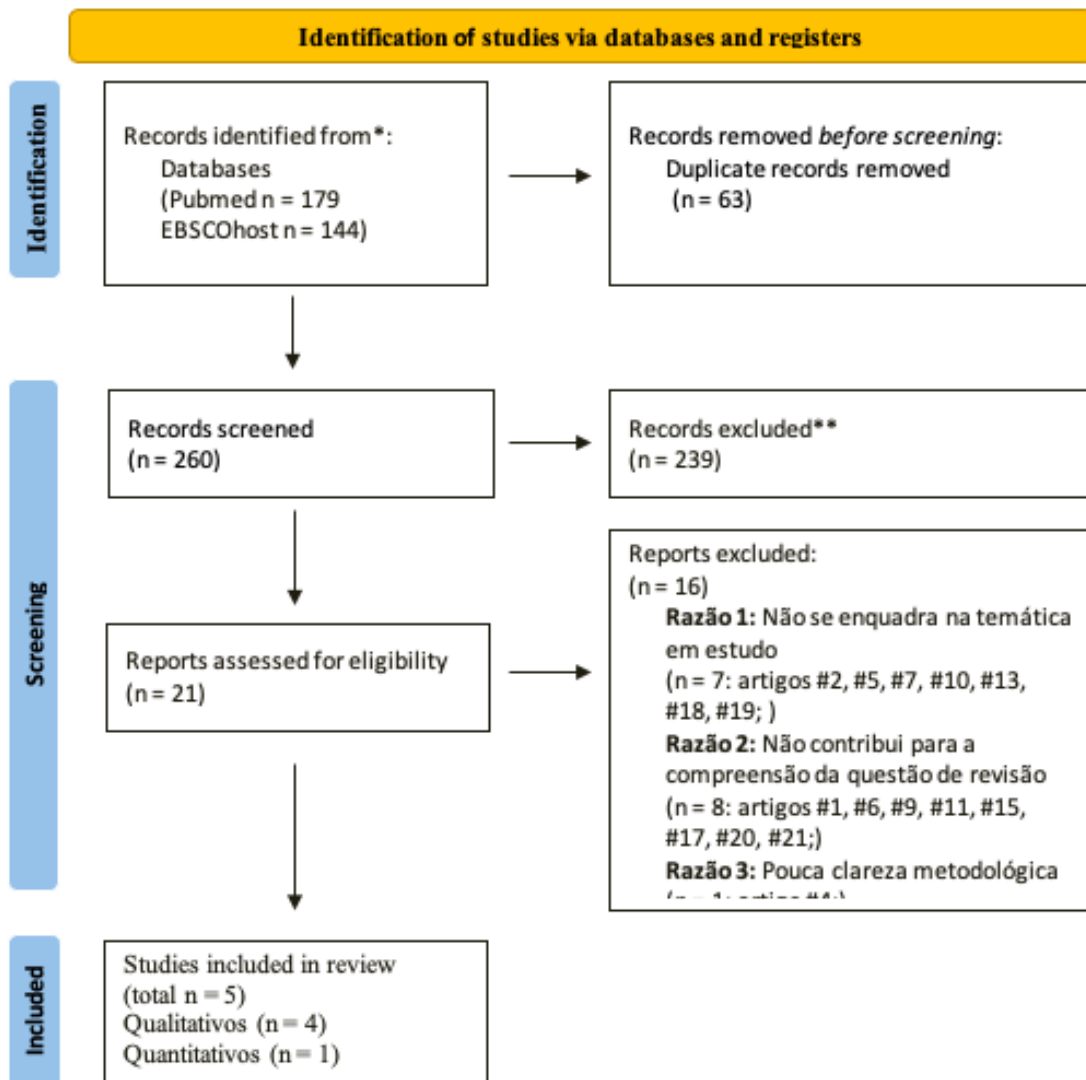
Study selection

A seleção dos estudos foi realizada por duas revisoras independentes, tendo como base a construção do PRISMA 2020. A elaboração do PRISMA 2020 incorpora pesquisa efetuada nas bases de dados previamente identificadas.

Na primeira fase do PRISMA - *Identification* – através da pesquisa supracitadas nas bases de dados identificadas constatou-se o número total de 323 estudos, dos quais, se excluíram 63 exemplares repetidos, emergindo 260 estudos. Na segunda fase – *Screening* – pela leitura do título e resumo destes 260 estudos, rejeitaram-se aqueles que não eram estudos primários e os que não cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos, de acordo com o método P-C-C, resultando daqui 21 publicações. Da leitura integral destes 21 estudos, excluíram-se 16 pelas razões identificadas no APPENDIX 3.

Na terceira e última fase da construção do PRISMA – *Included* – incluíram-se os 5 artigos (3, 8, 12, 14, 16) que se transpuseram da fase anterior. Estes estudos encontram-se apresentados no “Appendix IV” com a respetiva análise de conteúdo.

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



Data extraction

O “Appendix IV” e o “Appendix V”, específico no âmbito da extração de dados, no formato proposto pelo JBI, foram utilizados como instrumento de sistematização da informação constante nos artigos incluídos. Estes apresentam-se organizados de acordo com a identificação da *scoping review* em desenvolvimento, compreendendo as variáveis: autor(es), ano de publicação, país de origem, objetivos, metodologia/métodos, participantes, fenómeno de interesse, fontes de pesquisa utilizadas, interpretação desenvolvida, nível de evidência alcançado (se aplicável), conclusão do autor, conclusão do revisor e contributos para a questão de revisão. Os dados que foram extraídos dos artigos incluídos pelas duas revisoras serão apresentados no tópico seguinte.

Data presentation

Perante a pesquisa realizada e resultados obtidos considera-se que se trata de uma temática de extrema relevância. Existem algumas revisões integrativas da literatura e *scoping reviews* publicadas, mas existem poucos estudos primários que investiguem em primeira instância o que a mulher sente e percebe relativamente à sua sexualidade após um parto vaginal com trauma perineal. A necessidade de aumentar o friso cronológico, implementando o intervalo entre 2014 e 2023 deveu-se ao facto de, na pesquisa preliminar, se ter reconhecido uma escassez geral de resultados que fossem ao encontro da temática e questão de pesquisa, mas se ter identificado alguns resultados relevantes no extremo inferior deste intervalo. A escassez de resultados foi perspectivada como uma limitação à execução do presente estudo científico. Isto denota a necessidade imperiosa de desenvolver mais estudos sobre esta temática.

Os resultados obtidos e seleccionados para a realização deste estudo demonstram-se deveras relevantes, fornecendo dados significativos em resposta à questão colocada. Os estudos analisados foram realizados em países e continentes distintos, o que exponencia a diversidade de achados e fomenta a veracidade e transversalidade dos resultados obtidos. No total foram consignados 5 estudos, nos quais participaram um somatório de 650 mulheres. Os estudos analisados destacam o impacto físico e psicossocial, predominantemente negativo, do trauma perineal para a vivência sexual da mulher.

Para estas mulheres o trauma perineal constituiu muito mais do que uma ferida em processo de cicatrização ou que outrora cicatrizou. Tratou-se de um marco que influenciou o seu bem-estar. Retomar a vivência da sexualidade após um episiorrafia e /ou perineorrafia constitui um desafio e é muitas vezes perspectivado como uma luta pelo que outrora, no momento do parto, fora “perdido”. Após um parto com trauma perineal podem desencadear-se diversos problemas, percepções estranhas e desconfortos associados à vivência da sexualidade, o que tende a causar muita angústia às mulheres (Priddis et al., 2014; Huber et al., 2022).

A perspectiva de retomar a sexualidade após o trauma perineal é um dos pontos de destaque identificado pelas mulheres. No estudo desenvolvido por He et al. (2020) verifica-se a partilha de relatos de medo e preocupação relativos ao momento de retornar a prática sexual. Destacam-se aqui sentimentos de ansiedade e episódios de choro por medo da dor que expectavam vir a sentir. Desta forma, verifica-se que muitas mulheres tendem a adiar o retomar da prática sexual o mais possível, perspectivando-a como um pesadelo (Priddis et al., 2014; He et al., 2020). Colmatando os autores anteriores, o estudo desenvolvido pelo Fodstan et al. (2016) também constatou que, quanto mais grave é o trauma, maior é a tendência para adiar o reinício da prática sexual.

O estudo desenvolvido por Fodstan et al (2016) permitiu aferir que o trauma perineal acarreta um risco acrescido de desenvolver desconfortos associados à prática sexual. A isto, He et al. (2020)

acrescenta que a experiência de ver e sentir a dor da realização da episiotomia tende também a condicionar o conforto e a confiança da mulher relativamente à vivência da sua sexualidade.

Nos estudos analisados verifica-se que a queixa mais prevalente das mulheres é, de facto, a dor associada à prática sexual. Priddis et al. (2014), He et al. (2020) e Huber et al. (2022) divulgam relatos de sensações dolorosas, frequentemente insuportáveis, associadas especificamente ao toque ou fricção no tecido cicatricial da episiorrafia e/ou perineorrafia.

No entanto, verifica-se também a existência de relatos de desconforto para além da região do cicatricial, referindo-se dor ou sensação de “picada” ao longo do canal vaginal. As mulheres descrevem sensações dolorosas que vão desde um pequeno desconforto/incómodo a dores de grande intensidade, existindo inclusive participantes que revelaram sentir necessidade de fazer medicação analgésica antes ou após a prática sexual (Priddis et al., 2014; He et al., 2020; Huber et al., 2022; Delegado-Pérez et al., 2022).

Priddis et al. (2014), He et al. (2020) e Huber et al. (2022) divulgam relatos de mulheres que descrevem diminuição da elasticidade dos tecidos. Numa outra perspetiva, He et al. (2020) e Huber et al. (2022) apresentam testemunhos de mulheres que relatam sensação de peso constante no pavimento pélvico e de perceção de que o canal vaginal ficara mais largo e os tecidos mais flácidos. Quando perspetivada a possibilidade de uma nova gravidez que culminasse num parto vaginal, as mulheres temiam retomar o “pesadelo” do trauma perineal e perspetivavam a possibilidade de a sua vivência sexual nunca mais ser recuperada (Priddis et al., 2014).

Em oposição, Huber et al. (2022), apresentam alguns relatos de mulheres que não sentiram mudanças na sua vida sexual. Outras ainda, inclusive, já tinham diagnóstico de dispareunia prévio ao parto, e apesar do trauma perineal, referem que a dor durante a relação sexual melhorou, bem como a sua vivência da sexualidade.

Mulheres que desenvolveram incontinência urinária e/ou fecal como sequela do trauma perineal revelaram temer um episódio de descontrolo de esfíncteres durante o ato sexual, o que gerava ansiedade e impossibilitava a vivência espontânea e descontraída da sexualidade (Priddis et al., 2014).

As participantes elucidam que estes desconfortos e sensações dolorosas prejudicam de forma significativa a sua perceção de prazer durante a experiência sexual, refletindo-se posteriormente, de forma negativa, a libido, excitação e lubrificação (Priddis et al., 2014; He et al., 2020; Huber et al., 2022; Delegado-Pérez et al., 2022).

As mudanças ocorridas, designadamente a nível da região genital, tendem a afetar a autoestima e confiança. As mulheres descrevem vincadamente a necessidade de se sentirem atraentes e desejadas pelos companheiros de forma a colmatar o impacto do trauma perineal (Delegado-Pérez et al., 2022).

No estudo de Priddis et al. (2014) denota-se que, devido aos diversos receios e desconfortos apontados, algumas mulheres retomam a atividade sexual sem se sentirem preparadas. Apesar de os companheiros serem descritos como compreensivos e colaborantes, as mulheres relatam alguma insistência por parte deles, pressionando-as a avançar, muitas vezes, precocemente. Nos estudos desenvolvidos por Priddis et al. (2014) e Huber et al. (2022) as mulheres revelaram que, mesmo não se sentindo preparadas e/ou predispostas, acabam por avançar por terem atingido o suposto prazo definido, por sentirem a obrigação de retomar a atividade sexual em prol do bem-estar da sua relação ou para satisfazer as necessidades dos seus companheiros, sendo descrito como o cumprimento do dever. As mulheres, durante as entrevistas, alegaram que, de facto, deveriam ter-se respeitado e esperado mais tempo pois, naquele momento, não estavam preparadas para tal. Além disso, perspetivaram ainda que, esta atitude precoce, possa ter prejudicado a vivência da sexualidade (Praddis et al., 2014).

A presença, empatia e apoio do companheiro, com base na comunicação, é descrito como fundamental (Delegado-Pérez et al., 2022). No entanto, no estudo elaborado por Priddis et al. (2014), verifica-se que as mulheres sentem alguma dificuldade em partilhar os desconfortos e sentimentos associados à vivência da sexualidade com o companheiro, o que acaba por transmitir a estes, uma falsa ilusão de normalidade.

Perante isto, as mulheres revelam necessidade de procurar ajuda, alternativas e estratégias, em busca de uma vivência saudável e prazerosa da sexualidade. Huber et al. (2022) explanam que, após o trauma perineal, muitas mulheres referem necessitar de um maior planeamento, de mais tempo de “preliminares” e de um “ambiente” adequado para que a prática sexual se proporcione, opondo-se à vivência espontânea e imprevisível que acontecia anteriormente. Também no estudo desenvolvido por Delegado-Pérez et al. (2022) foram exploradas as estratégias adotadas pelas mulheres para contornar as dificuldades percebidas na vivência da sexualidade. Nesta publicação as vivências da sexualidade são encaradas pelas mulheres como um desafio a superar através de um processo de reeducação física, psicológica e relacional. Algumas mulheres descrevem que as suas necessidades sexuais se alteraram e que o interesse e desejo pela penetração ou estimulação genital diminuiu. Por isto, desenvolveram preferências por outras formas de viver a sexualidade, nomeadamente através do erotismo, do toque corporal, da troca de carícias, do beijo, de massagens e jogos sexuais. Outras mulheres optaram por assumir o controlo da profundidade da penetração e adotar posições diferentes das habituais de forma a evitar as sensações dolorosas. Além disso, implementaram a utilização assídua de géis e lubrificantes com o objetivo de aumentar a libido e a lubrificação, diminuindo a sensação desconfortável da fricção nos tecidos. Algumas mulheres referem ainda que, frequentemente, em detrimento da sua própria satisfação, começaram a encurtar o tempo do contacto sexual (apenas o suficiente para a satisfação do

companheiro), de forma a abolir, o mais rapidamente possível, as sensações dolorosas percecionadas.

Face a todos estes desconfortos, sentimentos e dúvidas, as mulheres acabam por **recorrer a grupos de apoio** que são descritos benéficos e facilitadores. Estes, proporcionam momentos de partilha, gestão de emoções e reflexão, sendo relevantes para o favorecimento dos mecanismos de *coping* e promoção de uma adaptação favorável às adversidades e dificuldades (Priddis et al., 2014; Delegado-Pérez et al., 2022).

Apesar de os momentos de partilha serem relevantes, as mulheres denotam a escassez de oportunidades e contextos para tal. Um dos aspetos de maior destaque (comum a três dos artigos analisados), é a identificação, por parte das mulheres, da falta de informação e acompanhamento por parte de profissionais de saúde competentes face a este tópico. No estudo desenvolvido por Priddis et al. (2014) as participantes expõem que, após o parto sentiram-se pouco informadas relativamente às lesões, desconfortos, alterações e cuidados a adotar. Consequentemente, quando começaram a perceber de que forma as lesões do trauma perineal modificavam a sua vida, sentiram-se impactadas. Este autor recolheu testemunhos de mulheres que sentiram necessidade de, sozinhas, e em silêncio, se redescobrirem e se readaptarem às dificuldades sem terem a certeza se os desconfortos e alterações que sentiam seriam consideradas “normais”.

De acordo com He et al. (2020), na sociedade, a dor e desconforto após um parto vaginal com trauma perineal são considerados efeitos “normais” e inevitáveis. Tendencialmente, os profissionais de saúde normalizam e desvalorizam a gravidade de qualquer desconforto verbalizado pela mulher, nomeadamente, e sobretudo, se se tratar de algo do foro das vivências sexuais. Com isto, a mulher sente-se anulada e desconfortável perante a hipótese de expressar os seus sentimentos e desconfortos, o que, consequentemente, oculta eventual necessidade de intervenção. As participantes dos estudos elaborados por He et al. (2020) e Huber et al. (2022) realçam a dificuldade de encontrar um profissional de saúde que atente às preocupações das mulheres e que aborde o impacto do trauma perineal na vivência sexual de forma aberta e interessada. Dada a dificuldade em obter ajuda profissional, as mulheres acabam por procurar informação e aconselhamento junto de amigas, *blog's* e grupos do *Facebook*.

Conflicts of interest

A autora considera não existir conflitos de interesse.

References

- Aasheim, V., Nilsen, A. B., Lukasse, M., & Reinar, L. M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 13(6), 1-85. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006672.pub3>
- Amendoeira, J. (2022). Revisão sistemática da literatura - A scoping review. Instituto Politécnico de Santarém UMIS-ESSS. <http://hdl.handle.net/10400.15/3784>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). JBI Manual for Evidence Synthesis. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 30(4), 1-50. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005123.pub3>
- Delegado-Pérez, E., Rodríguez-Costa, I., Vergara-Pérez, F., Blanco-Morales, M., & Torres-Lacomba, M. (2022). Recovering sexuality after childbirth. What strategies do women adopt? A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020950>
- Fodstan, K., Staff, A. C., & Laine, K. (2016) Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. *International Urogynecology Journal*, 27, 1513-1523. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3015-7>
- Forero-Santacruz, A. M., Moncunill-Martínez, E., Dios-Aguado, M., Gradellini, C., Soto-Fernández, I., & Gómez-Catarino, S. (2021). Experiências e experiências sexuais de mulheres no pós-parto: O papel de mãe e amante. In A. M. A. Frias, & C. C. Agostinho (Eds.), *A obra prima: A arte de cuidar no início da vida* (pp. 166-179). Editora Científica Digital. <https://www.editoracientifica.com.br/artigos/experiencias-e-experiencias-sexuais-de-mulheres-pos-parto-o-papel-de-mae-e-amante>
- He, S., Jiang, H., Qian, X., & Garner, P. (2020). Women's experience of episiotomy: a qualitative study from China. *BMJ Open*, 10(7), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033354>
- Huber, M., Tunón, K., & Lindqvist, M. (2022). "From hell to healed" – A qualitative study on women's experience of recovery, relationships and sexuality after severe obstetric perineal injury. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 33, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100736>
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook Evolution*, 49 (2), p. 86-92. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Kolcaba, K., Y. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. Springer.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in research and practice*. (1ª edição). Springer Publishing Company.

https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situati_on_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

- Mendes, T. M. A. P. (2012). *Vivências da sexualidade nas mulheres após o nascimento do primeiro filho: Fatores condicionantes do bem-estar sexual* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4151>
- Petroenik, P., & Mivsek, A. P. (2023). Sexual Aspects of Labour / Childbirth Induced Trauma. In S. Geuens, A. P. Mivsek, W.L. Gianotten (Eds.), *Midwifery and Sexuality* (pp. 155-162). Springer. <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/61916>
- Priddis, H., Schmied, V., & Dahlen, H. (2014). Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 14(32), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-32>
- Regulamento nº 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II série, nº 79. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 85. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
- Santos, D. A., Almeida, G. C., Bonfim, I., & Maia, J. S. (2022). Fatores associados à disfunção sexual feminina pós-parto. *Revista Científica de Enfermagem*, 12(39), 218- 225. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.39.218-225>
- Sousa, F. A., Pereira, J. M., Markus, G. W. S., Silva, K. C. C., Couto, G. B. F., Pereira, R. A., Dias, A. K., & Santos, J. M. (2021). Sexualidade no pós-parto: perceção das mulheres e atuação da enfermagem. *Scire Salutis*, 11(3), 61-68. <https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2021.003.0009>
- The Royal Women's Hospital. (2020). Perineal trauma assessment, repair and safe practice. https://thewomens.r.worldssl.net/images/uploads/downloadable-records/clinical-guidelines/perineal-trauma-assessment-repair-and-safe-practice_280720.pdf
- Williams, A., Herron-Marx, S., & Carolyn, H. (2007). The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery*, 23(4), 392-403. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01593.x>
- World Health Organization. (2015). Sexual health, human rights and the law. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2023, outubro 5). Sexual health. Recuperado em 5 de outubro, 2023, de https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

Appendix I: Mapa Concetual



Appendix II: Search strategy

Resultados da pesquisa realizada à data de 01.02.2024		PubMed	EBSCOhost				Total
			CINAHL Complete	MEDLINE	MedicLatina	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	
#1	Sexuality [MeSH]	1 613	33	1 617	144	434	3841
#2	Woman [MeSH]	30 579	889	16 241	6 203	12 881	66 793
#3	Delivery obstetric [MeSH]	46	0	7	0	1	54
#4	Pelvic floor disorder [MeSH]	46	1	220	4	4	275
#5	Perineal injury	36	1	24	5	2	32
#6	Perineal trauma	151	3	107	9	3	137
#1 AND #2 AND #3 AND #4	Sexuality AND Woman AND Delivery obstetric AND Pelvic floor disorder	0	0	0	0	0	0
#4 OR #5	Pelvic floor disorder OR Perineal injury	82	2	243	8	6	341
#4 OR #6	Pelvic floor disorder OR Perineal trauma	197	4	326	13	7	537
#4 OR #5 OR #6	Pelvic floor disorder OR Perineal injury OR Perineal trauma	225	4	342	16	9	596
#1 AND #2 AND #3 AND #4 OR #5 OR #6	Sexuality AND Woman AND Delivery obstetric AND Pelvic floor disorder OR Perineal injury OR Perineal trauma	179			144		323
			(123)	(3)	(13)	(5)	

Appendix III: List of studies excluded with reasons

Artigos excluídos	Razão da exclusão
1. <i>Pelvic floor healing milestones after obstetric anal sphincter injury: a prospective case control feasibility study</i>	Não contribui para a compreensão da questão de revisão
2. <i>The effects of perineal trauma on immediate self-reported birth experience in first-time mothers</i>	Não se enquadra na temática em estudo
4. <i>Disfunciones sexuales em el período posparto. Una revisión de la literatura</i>	Pouca clareza metodológica
5. <i>Women's experiences of the OASI Care Bundle; a package of care to reduce severe perineal trauma</i>	Não se enquadra na temática em estudo
6. <i>Postpartum perineal pain and dyspareunia related to each superficial perineal muscle injury: a cohort study.</i>	Não contribui para a compreensão da questão de revisão
7. <i>Associação entre perineorrafia e problemas perineais, atividades habituais e necessidades fisiológicas afetadas</i>	Não se enquadra na temática em estudo
9. <i>Resumption of intercourse after childbirth in southwest Nigeria</i>	Não contribui para a compreensão da questão de revisão
10. <i>Third and fourth degree perineal injury after vaginal delivery: does race make a difference?</i>	Não se enquadra na temática em estudo
11. <i>Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women.</i>	Não contribui para a compreensão da questão de revisão
13. <i>The relationship between perineal trauma and postpartum psychological outcomes: a secondary analysis of a population-based survey</i>	Não se enquadra na temática em estudo
15. <i>Pelvic floor dysfunction one year after first childbirth in relation to perineal tear severity</i>	Não contribui para a compreensão da questão de revisão
17. <i>Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study</i>	Não contribui para a compreensão da questão de revisão
18. <i>The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women</i>	Não se enquadra na temática em estudo
19. <i>Autoethnography and severe perineal trauma - an unexpected journey from disembodiment to embodiment</i>	Não se enquadra na temática em estudo
20. <i>Perineal Injury During Childbirth Increases Risk of Postpartum Depressive Symptoms and Inflammatory Markers</i>	Não contribui para a compreensão da questão de revisão
21. <i>Pelvic pain and mode of delivery</i>	Não contribui para a compreensão da questão de revisão

Appendix IV: Data extraction instrument

<p>APPENDIX IV: DATA EXTRACTION INSTRUMENT</p> <p>Título da Revisão: A vivência da sexualidade após parto vaginal com trauma perineal: a perspectiva da mulher</p> <p>Questão: De que forma a mulher vivencia a sexualidade após um parto vaginal com trauma perineal?</p> <p>Critérios de Inclusão (PCC):</p> <p>População: Mulheres, com idade superior a 18 anos, que tenham tido anteriormente um parto vaginal no qual tenha ocorrido trauma perineal.</p> <p>Conceito: Sexualidade; Mulher; Parto Vaginal; Trauma perineal</p> <p>Contexto: Qualquer contexto.</p>
<p>• Título: <i>Women’s experiences following severe perineal trauma: a qualitative study”</i></p>
<p>• Autor/es: Priddis, H., Schmied, V., & Dahlen, H.</p>
<p>• Ano da Publicação: 2014</p>
<p>• País de origem: Austrália</p>
<p>• Objetivos:</p> <p><i>“The aim of this study was to explore how women experience and make meaning of living with SPT.” (p. 2)</i></p>
<p>• Metodologia/métodos:</p> <p>“A qualitative approach was selected (...) The incorporation of an interpretive feminist perspective allowed for the exploration of gender related oppression and marginalization and valued the voice of the lived experience of women. (...) The findings from a meta ethnographic study [9] informed the design of the questions that were asked of the women during the face to face interviews.” (p. 2)</p> <p>“Data were collected during face to face interviews with twelve women who had experienced SPT following vaginal birth, data collection continued until saturation was reached. Participants contacted the first author in response to a flyer that was distributed from October 2011 to April 2012 via social media (Facebook) and word of mouth through midwifery colleagues of the first author. In addition, snowball sampling was used as the participants suggested other women who may also be suitable to participate in the study.” (p. 2)</p> <p>“The in depth interviews occurred at a time and place convenient to the woman and were recorded using a digital recording device. To ensure informed consent, participation in the interviews was self-determined by the women as a response to distribution of the information sheet. Participants were then asked to read and sign the consent form if they agreed to participate. Participants were advised that all data would be de-identified during transcription of recording to protect identities. The purpose of the interviews was to</p>

explore the way women have experienced and understood SPT, and their interactions and experiences with health professionals and health services. Prior to and during the interview process, it was explained to all participants that the first author had sustained severe perineal trauma and as a result experienced long-term morbidities. As an “insider” this transparency enabled the ability for the first author to develop rapid rapport and establish relationships with the participants. Each interview was between one to two hours duration. The interviews were semi-structured, using open ended questions (Table 1) [17]. The use of open ended questions enable the complexities of the subjective experience relative to the individual’s own postpartum morbidities and related symptoms, to be uncovered and explored [18,19].” (p. 2, 3)

“Recordings of interviews were listened to and transcribed verbatim, the transcripts were read thoroughly to allow the researcher to become immersed in the data [20,21]. Data were analysed using thematic analysis [22,23]. Through an iterative process, broad categories were identified as well as variants and exceptions within the data [24]. Through the process of thematic analysis, the first author individually read each interview transcripts to identify patterns of words or statements that related to the aim of the study and these were placed in broad categories. These results were discussed with the co-authors [22,23]. The broad categories were then analysed in detail to identify subthemes which represented the patterns within the broad categories. Overarching themes were then developed to accurately reflect the findings within the data [24].” (p. 3)

“Ethics approval was obtained by the University of Western Sydney Human Research Ethics Committee. Psuedonyms are used for the participants throughout this paper to protect their identity.” (p. 3)

• **Fontes de pesquisa utilizadas:**

“Data were collected during face-to-face interviews with twelve women who had experienced SPT following vaginal birth (...)” (p. 2)

• **Interpretação desenvolvida:**

“Twelve women participated in this study, with an average age of 35 years (ranging from 28 to 43 years). Five women were primiparous, seven women had second or subsequent babies.” (p. 3)

“Eleven women experienced third degree perineal trauma, one woman experienced a fourth degree tear. Two of these women had sustained subsequent third degree tears with one of the women developing a fistula as a result. The length of time that had passed since the participants had sustained SPT ranged from seven week to 12 years. Two of the women gave birth at home, two women had private obstetric care, one woman accessed caseload midwifery care, one woman accessed group midwifery care, and the remaining five women were in the standard public health system where care is generally quite fragmented.” (p.3)

“If only they had told me”

“The majority of the women who participated in the study reported that they were often not told about the extent of their perineal trauma. The amount of information and education that women reported receiving regarding the perineal trauma they had sustained, potential symptoms that may develop as a result of perineal morbidity, and access to ongoing treatment varied and contributed to their feelings of

being abandoned.” (p. 4)

I’m really trying to think of what they did on postnatal ward, I’m trying to think when they actually told me it was a third degree tear. Yeah, I don’t think anyone ever volunteered that information. And if they said a third degree I would have said ‘well what’s that?’ you know. Not knowing about the different levels... (Chloe)

“A broken body”

“Following the birth and the suturing experience, women spoke of the ongoing pain they felt in their perineum. Primiparous women often described the level of pain as unexpected, and they were unsure as to whether or not the pain that they were experiencing was a normal level of pain following a vaginal birth. Multiparous women compared the pain, either negatively or positively, to previous experiences.” (p. 5)

“Women had an expectation that there would be a full recovery and their body would bounce back to normal, that they would be able to function as a “good” mother and wife. When this did not happen they voiced their surprise at the toll birth took on their body and felt more realistic information needed to be given about this.” (p. 5)

“They lived happily ever after”

“For women who have experienced SPT the fairy tale is further fractured by changes in the sexual self and the impact this may have on relationships with their partner. Women describe feeling a sense of fear related to the unknown– for women preparing to have intercourse for the first time following SPT, they are fearful of the pain they may experience, fearful of the changes that have happened and how this may impact on their (and their partners) sexual experience. Some women also describe a fear of falling pregnant again and how that will inevitably result in having to give birth again.” (p. 6)

“Women who experience pain as a result of SPT, which is mostly described as being due to friction along the scar tissue (two women described experiencing vaginismus), they either delay intercourse as long as possible, or “put up with it”. Some women describe having to take pain relief medication both before and after intercourse to make the experience bearable.” (p. 6)

“I used to joke—I used to have to have pain relief to have sex, so you know a couple of panadeine, or something stronger if I could find it—nurofen plus was good (laughs). Isn’t it terrible? I mean it’s easier now, I don’t usually take it now before, but after. (Poppy)” (p. 6)

“For some, having intercourse was described as being an important part of their relationship with their partner, for others they described it as fulfilling a commitment, doing their “duty” as a wife and fulfilling their partners sexual needs. They describe that there is an expectation by themselves and their partner that after 6 weeks, they will be “back to normal”.” (p. 6)

“Six weeks without sex that’s the little magic number you hear, but to still be eighteen months down the track and it’s very rare that we can achieve intercourse... so it certainly has impacted on our relationship because you know he thought things would be back to normal by now. (Sophie)” (p. 6)

“For women who were experiencing long term symptomatology such as urinary and faecal incontinence, they described feeling a level of anxiety at their unpredictable bodies and how this impacted upon their

sexual identity and intimate relationships with their partners. Intercourse was no longer spontaneous due to fear of an unexpected episode of incontinence, and therefore became scheduled around toileting times to ensure cleanliness.” (p. 6)

“I do remember having sex a few times and going, I really need to go and being actually really worried about it, and wanting to finish asap and then just I have to go the toilet quickly. Going in and going oh phew, thank God nothing happened, nothing came out. (Lola)” (p. 6)

“The amount of information regarding perineal pain and symptoms that women shared with their partner varied widely. This appeared to be based upon the length of time that they had been with their partner, the severity of their symptoms (the more symptomatic the less they are likely to share with their partner), and if they have required any ongoing treatment. Women spoke of feeling a sense of concern that their partners would worry about them unnecessarily. The women also wanted to protect the illusion of normality (the fairytale) through this selective sharing of information with their partners.” (p. 6, 7)

“I think he would probably understand that it’s a sensitive thing. I think that if I had to have surgery I think he’d probably be really sad that I’ve hidden it. Not that I can’t tell him I just don’t really want to right now. Because I’m walking around normally and everything seems quite normal, I don’t think I need to rock that boat. (Lola)” (p. 7)

“A completely different normal” (p. 7)

A Completely Different Normal explores how after women have navigated the treatment pathway maze to try and identify a supportive practitioner/s who can provide an effective treatment option they learn to rediscover and redefine a new sense of self and normality following SPT. (p. 7)

“For other women, after seeking multiple treatment and therapies, irrespective of the level of effectiveness of the treatments, women described feeling a sense of resignation and just having to deal with it.” (p. 7)

(...) You know what? If these doctors that I’ve spoken to, and they’ve got no answer, then there’s obviously no answer. So deal with it. (Poppy)

“Defining a new sense of self” (p. 7)

“For women who were able to access a supportive group, meeting women with similar experiences facilitated an opportunity to compare, share strategies and experiences, providing women with a way to comprehend and move towards a “new kind of normal”.” (p. 8)

• Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Levels of evidence for meaningfulness: Level 3 - Single qualitative study.

• Contributo para a questão de revisão:

Os resultados desta investigação destacaram o impacto físico e psicossocial de um trauma perineal severo decorrente de um parto vaginal.

Neste estudo é possível verificar que as mulheres consideram que são pouco informadas e esclarecidas relativamente à extensão das lesões no pavimento pélvico e períneo. Quando as mulheres começavam a

percecionam as diferenças no seu corpo e o impacto que o trauma perineal teve na sua vida, sentiam-se impactadas e consideravam que lhes deveria ter sido dada informação mais concreta e realista face às adversidades que poderiam ter de enfrentar, nomeadamente as potenciais complicações, desconfortos e cuidados que devem adotar. Segundo os testemunhos pode ser difícil encontrar um profissional de saúde que apoie e acompanhe a situação, sendo que muitas das vezes era a própria mulher que, sozinha, se redescobria e redefinia numa adaptação às dificuldades.

O trauma perineal parece implicar uma luta pela recuperação por um corpo “perdido”.

Retrata-se de forma significativa a dor persistente a nível do períneo e pavimento pélvico referido pelas mulheres, frequentemente sem conseguirem perceberem se seria um nível de dor expectável ou se poderia estar associado a alguma complicação.

Após o trauma perineal, quando as mulheres começam a perspetivar retomar a prática sexual, estas temem a dor que podem sentir durante a relação sexual, as alterações que podem ocorrer a nível da sua sexualidade e de que forma isso pode implicar a sua experiência sexual, a do seu companheiro e a relação do casal. Rotula-se que, provavelmente, às 6 semanas pós-parto, a sexualidade volte ao normal, no entanto muitas das vezes é necessário mais tempo de recuperação e preparação para retomar a vivência sexual.

Relatam-se sentimentos de ansiedade e episódios de choro relativamente ao medo de retomar a atividade sexual após o parto, comparando este momento ao sofrimento sentido na primeira relação sexual. As mulheres tendem a adiar o mais possível este momento e, apesar de haver compreensão por parte dos companheiros, denota-se alguma insistência destes para que tal aconteça.

As mulheres relatam sensações de dor, algumas insuportável, associada à fricção ao longo do tecido cicatricial durante o movimento de penetração e tentam, o mais possível, aguentá-la. Existem alguns relatos de mulheres que sentem necessidade de tomar medicação analgésica momentos antes ou depois da relação sexual numa tentativa de tornar a relação sexual “suportável”.

No retomar da prática sexual pode haver percepção de sensações “estranhas” ou “desconhecidas” nomeadamente associada ao desconforto da sensibilidade do tecido cicatricial. Isto tende a que a mulher durante a experiência sexual se foque nas sensações, muitas das vezes “desagradáveis”, que percebe na no seu períneo e não consiga desfrutar do prazer do momento durante o ato sexual.

As experiências sexuais, para algumas mulheres, foram retratadas como uma necessidade e uma parte importante da sua relação de intimidade com os companheiros. Para outras, foi verbalizado como o cumprimento do seu “dever como mulher” ao satisfazer as necessidades sexuais do parceiro.

As mulheres estão conscientes das necessidades dos seus parceiros masculinos, pelo que, independentemente do impacto físico e psicológico do trauma perineal, as mulheres iniciam o reinício das atividades sexuais para satisfazer essas expectativas.

Algumas mulheres também descrevem o medo de engravidar novamente visto que isso culminaria novamente num parto e, possivelmente mais traumas no períneo.

Em situações em que se verificava episódios de incontinência urinária ou fecal, a prática sexual implicava uma enorme ansiedade devido ao medo do descontrolo inesperado de esfíncteres impossibilitando uma vivência espontânea da sexualidade.

Verifica-se que nem sempre as mulheres se sentem confortáveis em partilhar estes desconfortos e sentimentos com os companheiros, pretendendo frequentemente manter a ilusão de normalidade.

A participação em grupos de apoio e encontros de mulheres que vivenciavam as mesmas experiências de trauma perineal e desconfortos inerentes foi identificado como uma estratégia facilitadora para lidar com as adversidades e dificuldades.

APPENDIX IV: DATA EXTRACTION INSTRUMENT

Título da Revisão: A vivência da sexualidade após parto vaginal com trauma perineal: a perspectiva da mulher

Questão: De que forma a mulher vivencia a sexualidade após um parto vaginal com trauma perineal?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Mulheres, com idade superior a 18 anos, que tenham tido anteriormente um parto vaginal no qual tenha ocorrido trauma perineal.

Conceito: Sexualidade; Mulher; Parto Vaginal; Trauma perineal

Contexto: Qualquer contexto.

• **Título:** *Women's experience of episiotomy: a qualitative study from China*

• **Autor/es:** He, S., Jiang, H., Quian, X., & Garner, P.

• **Ano da Publicação:** 2020

• **País de origem:** China

• **Objetivos:**

“Through this qualitative study, we aimed to describe women's experience of episiotomy in urban China.”
(p. 1)

• **Metodologia/métodos:**

“We used standard qualitative methods with semistructured, indepth individual interviews. The details of the methods were reported according to the Standards for Reporting Qualitative Research checklist (...) We conducted the study in Shanghai (population of 24.2 million in 2016).” (p. 2)

“We used the two community health centres where we had worked previously and thus the staff were familiar with us: one in Pudong District, east of Shanghai (1459 pregnant women registered in 2017), and one in Xuhui District, west of Shanghai (775 pregnant women registered in 2017).” (p. 2)

“We used purposive sampling strategy, seeking women over 18 years old who had undergone an episiotomy in their last birth. We recruited women from three different postpartum periods (within 2 weeks, no more than 6 months, and 6 months or more after childbirth); we also took account of the types of hospitals to ensure a mix of experiences. Women being invited for this study delivered in various types of

hospitals, including municipal MCH hospital, tertiary general hospital, district MCH hospital and secondary general hospital. (...)We stopped interviewing women when we appeared not to identify new information.^{26–28} The primary researcher (SH) carried out the interviews, under the guidance of the supervisors (HJ and XQ). SH is a master's student who had received training in qualitative methods and had a 6-month work placement with MCH administration.” (p. 2)

“All participants were informed about the research purpose and content. Interviews were conducted after written informed consent was obtained from each participant.” (p. 2)

“When designing the study, we invited a few women to give us feedback on the approach and the questions to ask. We collected women's comments on the public internet forum and interviewed four women about the research topic before we designed the interview guide. This preliminary work led to several revisions to the interview guide.” (p. 2)

“We approached women by accompanying health staff during postpartum home visits or when women brought their children for child health check-up in community health centres between September 2017 and March 2018. We used an interview guide based on the literature and our research group discussions (Box 1).^{29–31} We also reviewed women's comments on the public internet forum to improve the design of the interview guide and piloted the interview guide with four postpartum women. The piloted data were also included in our analysis as these were consistent with the main sample. Interviews were conducted in private rooms in the community health centres, hospitals and interviewees' homes, and all women provided signed consents. Interviews were in Chinese and recorded with permission. Health providers were recommended by relevant administrators and were invited to this study. They were interviewed at a private room in their workplaces.” (p. 2)

“Medical master's students transcribed the interviews, and one of the interviewers (SH) checked them for accuracy. We used NVivo V.8.0 (QSR) software for thematic analysis.^{32 33} Two researchers (SH and YC) read all the transcripts and coded the data to identify the reoccurring topics, ideas or concepts independently. After discussing the differences of the coding, they organised the data into initial themes. Initial themes and quotes were translated into English and checked by XQ. All the coauthors then further reflected on these themes and developed overarching categories, discussing the themes in both Chinese and English. The health professionals' responses were grouped against the emergent themes from the women's interviews and included within corresponding themes.” (p. 2)

“During this process, on two occasions we found themes that we could not translate directly into English. Rather than being a problem, these were both informative and underlying themes. The team discussed the words carefully in Chinese and English to gain a common understanding of meaning and cultural context.” (p. 3)

“The research team included three bilingual speakers (SH, HJ, XQ) and one native English speaker (PG). All the themes, descriptions and corresponding quotes were checked by all the authors.” (p. 3)

“As a team, we discussed our prior beliefs and experiences in early discussions and during analysis to reflect on how these may influence our analysis. The research team included people who had performed, repaired and experienced episiotomy (HJ, XQ, PG). Evaluating episiotomy and the uncertainty around

benefits and harms is a topic of interest to all the authors, and, as with many medical and obstetrical interventions, we as researchers remain 'healthy sceptics'. Three authors have completed the Cochrane review examining this topic (HJ, XQ, PG) and reported that consumer views on the procedure are important for medical policy. All had experience in collecting and analysing qualitative data; PG and XQ have worked together for over 20 years on projects about whether obstetric practice and research evidence are in alignment in China." (p. 3)

• **Fontes de pesquisa utilizadas:**

"(...) semistructured, indepth individual interviews." (p. 2)

"The details of the methods were reported according to the Standards for Reporting Qualitative Research checklist (...)" (p. 2)

• **Interpretação desenvolvida:**

"We interviewed 30 postpartum women, with age ranging from 21 to 40 (mean age 30.1) years. Twenty-five women were primiparous; all had experienced episiotomy and four also received assisted delivery with forceps. Seven women were interviewed within 2 weeks, 9 at 2 months and 14 at more than 6 months after childbirth (table 1)."

"Pain from episiotomy varied" (p. 4)

"Women's pain and discomfort varied, in some severe, and in a few lasted for months. Women in pain for 2 weeks only described the pain as 'a little pain or discomfort', but a few women reported considerable pain for months after childbirth, with three reporting this as 'intolerable' for more than 1 month." (p. 4)

"I still feel pain of my perineal wound now and I can feel the difference between the two sides of perineum...the right side with the episiotomy lack skin elasticity... (#1, 35 years old, multipara, episiotomy with forceps, 6 months after childbirth)" (p. 4)

"The wound hurt in the first few days. Five days after delivery, I started to feel better, but I can still feel the pulling or tugging pain at the incision...it was a bit tight. (#26, 28 years old, primipara, 2 weeks after childbirth)" (p. 4)

"Long-term anxiety is a consequence for some, described as a 'psychological shadow'" (p. 5)

"Several women used the word 'psychological shadow' cast by the long-term effects of episiotomy. The Chinese word implies a negative experience of suffering or torment that leads to dread or worries of the future (...). This word contained at least two mechanisms: the fear caused by a terrible experience made women avoid this again, and the other is that the miserable experience damaged women's confidence around sexuality. 'Psychological shadow' would continue through postpartum sexual life and the next childbirth in some women." (p. 5)

"Undesirable and affected sexual life" (p. 5)

"The severe pain from the perineal wound made women fear sex. A woman even asked her husband to await until 1 year after childbirth because she suffered severe pain from episiotomy for nearly 2 months and feared sexual life might take her back to the nightmare again." (p. 5)

“Because of the terrible perineal pain, I asked my husband to resume sexual life a year later. I didn’t dare to do it, because I worried the wound would pain again. (#16, 32 years old, primipara, 2 years after childbirth)” (p. 5)

“Painful experience after episiotomy also meant women imagined the operation had somehow ‘changed’ their sexual life in the future through physical damage. One woman said pain with sex might have arisen from her anxiety—the psychological shadow—instead of real physical pain. Some responses around resumption of sex and the ‘psychological shadow’ included beliefs that their vagina was damaged and had become “loose” and might not ever recover. For these women, they were unwilling to have sexual life and described being permanently ‘changed’ that there had been damage done to their vagina.” (p. 5)

“Psychologically, I feel that the vagina cannot recover to original state...you feel the vagina is looser than before. (...) (#1, 35 years old, multipara, 6 months after childbirth)” (p. 5)

“Less confidence in subsequent vaginal deliveries” (p. 5)

“The ‘psychological shadow’ also impacted on how women viewed a possible subsequent pregnancy. (...) One woman said: “if I had a vaginal birth again, and an episiotomy again. I cannot imagine what will happen, my vagina would be totally ‘useless’ for sexual life.” The interviews indicated a high degree of anxiety about the long-term physical consequences and reflect how this then itself causes further anxiety.” (P. 5)

“(…) They mentioned the uneven or rough skin of perineal wound and painful intercourse, which affected the enjoyment of sexual life.” (p. 6)

“Too many complaints incur criticisms” (p. 6)

“(…) When women expressed or complained the postpartum suffering too much, their families thought that they were at risk of this weak character trait of being ‘low-tolerant’. When these types of judgement happened, women felt upset and unwilling to speak out, suffering alone. Surprisingly, another interviewed woman even regarded the tolerance of pain as the only choice and even boast of her strong character. Thus, the societal norms make some women ‘suffer alone’ and stop them from seeking help.” (p. 6)

“Health services might be influenced by the societal norms” (p. 7)

“Indeed, these societal norms about tolerating pain also manifest in the way healthcare was provided.” (p. 7)

• Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Levels of evidence for meaningfulness: Level 3 - Single qualitative study.

• Contributo para a questão de revisão:

As mulheres fazem menção à sensação de perda de elasticidade nos tecidos e à percepção a níveis de dor e desconforto perineal diferentes, sobretudo na região da cicatriz. Algumas descrevem a percepção de alguma dor ou desconforto nas primeiras semanas após o parto, outras relatam níveis de dor significativos, e até mesmo “intoleráveis” durante períodos longos.

Verifica-se a partilha de relatos de medo e preocupação com o futuro. A episiotomia e experiência decorrente deste procedimento tende a condicionar o conforto e a confiança da mulher relativamente a

vivência da sua sexualidade.

A dor intensa sentida no local da cicatriz espoletava o medo e ansiedade face à prática sexual, desencadeando o adiar da vivência da sexualidade, perspetivando-a como um “pesadelo”.

Quando as mulheres retomavam as relações sexuais, o toque ou fricção no tecido cicatricial desencadeava sensações dolorosas que prejudicavam a sua percepção de prazer da experiência.

Na cultura explorada no estudo perpetua-se a crença de que poderá haver dificuldade em retomar a vivencia sexual prévia devido ao facto de a vagina ter ficado “danificada” e “solta” após o parto, sendo dificilmente recuperável. Além disso, quando perspetivada a possibilidade de uma nova gravidez que culminasse num parto vaginal, a mulher imaginava que seria totalmente impossível retomar qualquer tipo de atividade sexual, constatando a “inutilidade” da sua vagina.

Na sociedade, e nomeadamente no que concerne aos cuidados de saúde, verifica-se a normalização e desvalorização da dor e desconforto após um parto vaginal com trauma perineal, como se de uma consequência normal se tratasse. Isto origina que as mulheres sintam abandono por parte dos profissionais de saúde, e adiem e/ou evitem pedir ajuda, acabando por “sofrer sozinhas” e em silêncio.

APPENDIX IV: DATA EXTRACTION INSTRUMENT

Título da Revisão: A vivência da sexualidade após parto vaginal com trauma perineal: a perspectiva da mulher

Questão: De que forma a mulher vivencia a sexualidade após um parto vaginal com trauma perineal?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Mulheres, com idade superior a 18 anos, que tenham tido anteriormente um parto vaginal no qual tenha ocorrido trauma perineal.

Conceito: Sexualidade; Mulher; Parto Vaginal; Trauma perineal

Contexto: Qualquer contexto.

• **Título:** *Recovering sexuality after childbirth. What strategies do women adopt? A qualitative study.*

• **Autor/es:** Delegado-Pérez, E., Rodríguez-Costa, I., Vergara-Pérez, F., Blanco-Morales, M., & Torres-Lacomba, M.

• **Ano da Publicação:** 2022

• **País de origem:** Espanha

• **Objetivos:**

“This study aimed to determine the strategies used by women to adapt to the changes that affect the first sexual relations after childbirth.” (p. 1)

• **Metodologia/métodos:**

“The study used a qualitative, phenomenological approach with a descriptive perspective [30,31] to observe the phenomenon. Through this study we sought to contextualize and better understand the phenomena and to gain insight into the subjective experience of people. The research was carried out between June 2017 and May 2019. Five researchers conducted the study, which included two physiotherapists (EDP and MTL) with expertise in women’s health and three researchers (IRC, FVP, and MBM) with experience in qualitative research. The researchers whose specialized work is developed in the field of maternity focused on postpartum care, have been observing the sexuality problems that women face in this period, in addition to the poor professional attention they receive. This way, the need arises to deeply evaluate the way many women adapt or adjust to the changes that occur in the 6 months and directly affect sexuality.” (p. 2)

“The women were recruited in the context of private physiotherapy centers located in three different locations in Spain, two centers in Madrid, another in Toledo, and one in Talavera de la Reina. The selected centers had a specific unit in maternity and childcare, where the collaborating researchers carried out the recruitment of participants. The women had to be of legal age, and physically and mentally capable of understanding and participating in the study and understanding the Spanish language. Women who had given birth in the last 6 months were included, and they were not excluded based on how they had given birth, presence or not of perineal trauma during delivery, previous deliveries, or type of breastfeeding. All women with systemic (such as diabetes, multiple sclerosis, lupus erythematosus) or neurological diseases and/or cognitive problems were excluded, along with those mothers who, during childbirth, experienced problems requiring hospitalization or loss of the baby due to perinatal death. The sample was selected by theoretical sampling [32] following a convenience criterion by physiotherapists from private physiotherapy centers in each locality. All participants completed the study.” (p. 2, 3)

“A researcher (EDP) carried out the data collection through different methods: (1) two conversation techniques: indepth interviews [33] and discussion groups [34]; and (2) a technique based on observation, through an online forum [35]. For data development, the researcher (EDP) minimally guided each interview, discussion group, and forum, using a semi-structured interview guide (Table 1). These topics were agreed upon by an expert group of four physiotherapists: two qualitative research experts and two experts in maternity.” (p. 3)

“TOPICS

- Experience of the postpartum stage.
- Feeling when resumption of sexual activity.
- Phases of sexuality: sexual desire, arousal, orgasm. Identification of possible influencing factors.
- The perception of lubrication.
- The state of sexual satisfaction during this period.

- Experience of pain during sexual relations.
- Identification of concerns, fears associated with pain.
- Identification of body image and deepening in relation to the feelings aroused.
- Deepening of the family environment.
- Deepening of the couple's relationship, identifying possible changes after the birth of the baby.
- Identification of fears and insecurities that may arise after the birth of the baby.
- Emotional situation of the woman during this period. Postpartum sadness and/or depression.
- Inquire about the birth experience.
- Sexual attitudes in the postpartum period." (p. 3)

"The place and the day of the interviews or discussion groups were agreed upon by the participants, being chosen preferably in a quiet room or the most intimate place where the participant feels comfortable, such as the participant's home, and, in the case of the discussion groups, in the collaborating physiotherapy centers. Concerning the online forum, interactions took place in a private room using the Facebook interface. Facebook room was called "Sex After Childbirth" and was active between March and May 2018, where the participating women (who had been invited by mail through a snowball sampling) presented their experiences over a full week on the topics, as shown in Table 1." (p. 3, 4)

"All interviews were recorded and transcribed entirely by a member of the research team (EDP). For the coding of the fragments, the qualitative analysis software MAXQDA in its 2018 version was used, which facilitated the interactive process on which the theorization has been based [36]. After an in-depth reading, three members of the research team (EDP, IRC, and MTL) carried out an open, axial, and selective coding [37]. The fragments were analyzed in Spanish and subsequently translated to English. All reports collected (via in-deep interview, discussion group, and online forum) were treated equally. Subsequently, the research team worked together to regroup and agree on the topics through the creation of a code book [38], with the aim of generating a conceptual framework that would explain the phenomenon. Through the discussion group with mothers, and thanks to the contribution of participant DGM31 (discussion group—DG, mother—M, and participant number—31), the experiences reported by the women did not generate new concepts, thereby reaching theoretical saturation. All data were processed following the validation process based on [36] regulated criteria to establish scientific rigor: credibility, transferability, dependence, and confirmability [39,40]. We were able to guarantee: the triangulation of methods, researchers, and locations; the reflection of the research team; the recording of the phenomenon; being as precise as possible; and the description of the methodology developed. Finally, the Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) guidelines [41] and COREQ checklist [42] were used to increase scientific rigor." (p. 4)

• **Fontes de pesquisa utilizadas:**

"For data development, the researcher (EDP) minimally guided each interview, discussion group, and

forum, using a semi-structured interview guide (Table 1).” (p. 3)

• **Interpretação desenvolvida:**

“The sample consisted of 36 Spanish white women (...). In relation to participation, 14 women formed the sample of these discussion groups that were conducted in Madrid (5 women), Toledo (4 women), and Talavera de la Reina (5 women); 12 women were interviewed individually; and 10 women participated in the online forum. The mean age of the 36 women was 34 years (within the range of 27 to 39 years), and the mean postpartum period ranged from 2 weeks to 4 months.” (p. 4)

“Faced with the physical, emotional, and vital changes characteristic of the postpartum period, women look for alternatives or strategies to improve their sexual satisfaction during the first six months after childbirth and manage the new situation.” (p. 5)

“3.1. Strategies to Address Physical Changes Affecting Sexuality” (p. 6)

(...) to enhance their sexuality in the face of the physical changes they experience after childbirth. Using lubricants, adopting new postures, and avoiding postures that may lead to pain or discomfort, and even changing the pace or depth are the strategies most widely used by these women to manage physical changes affecting sexual relationships and to facilitate sexual encounters. (p. 6)

““So, in the end we never . . . we never get to have sexual intercourse as you said before, so maybe we do more sex games and other kinds of things, but it still hurts me.” (IM4, in-depth interview with mothers).” (p. 6)

““Well, that’s in some positions, when I’m on top, for example, there are many times when it hurts me, just as I don’t know, a pain, I don’t know, here, and then I change position, or maybe in some positions like “on all fours”, I also feel pain, I don’t know, so that’s it, I do feel pain in those two positions.” (IM5, in-depth interview with mothers).” (p. 6)

“These strategies arise to manage the presence of physical alterations, such as pain (Table 4), and the fear of suffering it, or the lack of lubrication. Women related this pain to sexual practices that were associated with penetration, and it was present, for many of them, from the beginning of the relationships. They described this pain as sharp, with a feeling of tightness and often as a stinging sensation, as well as feeling it with great intensity. Other women did not talk about pain, but as a constant discomfort that does not allow them to feel pleasure in sexual relations. Women considered the presence of the scar (episiotomy or tear), lack of lubrication, friction, or depth of penetration as possible causes. On many occasions, women use sexual relations to test the condition of their genital area and take measures to improve.” (p. 6)

““No, look, I think it has been a challenge . . . because previously eh . . . when . . . when I started sexual relations the same thing was happening to me, it hurt quite a lot . . . and as I continued having relationships I hurt less and less. So, it has been more of a challenge than a fear, a saying, well, it’s like I’ve had to re-educate my entire genital system to sex again [. . .]” (IM7, in-depth interview with mothers).” (p. 6)

““My first motivation was almost to “test” myself to see if I had a lot of pain- tension in the area

of the episiotomy or the vaginal introitus.” (OF17, online forum to mothers).” (p. 6)

“3.2. Strategies for Dealing with Emotional Changes Affecting Sexuality”

“(…) strategies that women describe that they have used to cope with perceived emotional changes (…), which focus on coping with body image and emotion management (…)” (p. 6)

“Women use strategies focused on self-care and exercise to feel better in response to physical changes and the subsequent impact on body image (Table 4). Physical changes are generally perceived throughout the body, especially in the breast and genital area, affecting their self-esteem and creating insecurities that extend to their partner.” (p. 6)

““And not only about doing sport, but about getting up and telling you . . . my boy J breaks, because I get up and I paint my eye line and, in the hospital, I paint myself because if not... I mean, it's an ideal have, as I look bad, because I sink. Well, I get up and paint my eye line and my mascara, just like I put my clothes on, because if I don't look bad, and if you look dead, then you'll see . . . it's true!” (DGM36, discussion group to mothers).” (p. 6)*

“They describe with significant emphasis the need to feel (…) attractive and desired by their partners as fundamental to improve their perception and self-esteem.” (p. 6)

““Eh . . . well, the other day I already had the need to put on a bra of mine that wasn't a nursing bra, because it's as if you're not looking good in a horrible nursing bra, with the discs, so it doesn't help. So, I've already decided that I'm going to wear my bra when I feel like it (laughs) [. . .] But it's very important because it's about starting to look like you used to look and to look good”. (IM8, in-depth interview with mothers).” (p. 6, 7)

““Yes, what happens is that he also raises my self-esteem a lot in that aspect, so, well, to feel that he likes me makes me feel better.” (IM8, in-depth interview with mothers).” (p. 7)

“On the other hand, the women described strategies for emotional management, such as: attendance and participation in meetings with other postpartum women; (…)” (p. 7)

“Meetings with other women give confidence and serenity to listen and share opinions and experiences with other women who are living the same stage. At these meetings, they can talk about baby care, their emotions, and situations they are dealing with.” (p. 7)

“The couple is another pillar on which these women can support themselves to face the changes and to deal with the most demanding aspects of the period. Being in a couple provided support and sustenance through good communication, which facilitates the well-being of women, because they feel more understood and consider it to be the way to improve their relationship.” (p. 7)

““Yes, then, because he has lived . . . I always find him not as a support, it's that we are one, (…).” (IM9, in-depth interview with mothers).” (p. 7)

“This support is, in turn, the main way to deal with the intimate aspects of the couple. These women need to be understood and understood by their partners in the face of the emotions and sensations that arise in sexual encounters after childbirth.” (p. 7)

““The communication with my partner is very good and also helps me a lot in everything, which makes me feel very comfortable and ease my relationships.” (OFM14, online forum to mothers).”

(p. 7)

“3.3. Strategies for Coping with Life Changes Affecting Sexuality” (p. 8)

“For women, their own encounters are the basis for affection and care. Demanding a different sexuality, which becomes a moment of intimacy, companionship, closeness, and sensitivity, focused on the skin, touch and caresses for the couple.” (p. 9)

““It’s no longer about having the relationship itself but about sharing a moment of us, you know, so maybe that makes me think more about wanting to have that moment”. (IM9, in-depth interview with mothers).” (p. 9)

““In my case, sexual desire has been directed more towards affection, the feeling of being understood, supported and accompanied. I don’t have a genitalized sexual desire (neither with myself nor with others), but rather body, skin (caresses, massages). I think it is due to breastfeeding, to the dyad with the baby. I give the baby everything he needs, and sometimes, I would like to be the one who feels cared for and protected”. (OFM13, online forum for mothers).” (p. 9)

“Similarly, sexual preferences have been modified, characterizing this stage by its poor versatility in positions, games and practices. They are shorter encounters, with preferences defined by the objective of finishing and avoiding pain.” (p. 9)

“3.4. Relationship between Categories of Strategies for Sexual Relations in the Postpartum Period” (p. 9)

“Strategies become necessary for women from the outset and arise simultaneously with the desire to resume sexual relations. Physical and emotional changes are present from childbirth and together they bring significant changes to cope with.” (p. 9)

“In relation to sexuality, women need to find alternatives focused on how to cope with their sexuality, and they achieve this by agreeing on encounters, and adapting sexual activities. In this way, the encounters themselves become their own strategy to facilitate, care for, and improve the couple’s relationship, as described by the women. In the same way, the improvement of partner relationships contributes to more successful sexual encounters since support and communication are key to feeling understood by their partners.” (p. 9)

“On the other hand, women show the need for affection that they sometimes obtain through sexual encounters, since they are moments of intimacy between the couple. (...) Finally, acceptance of the new situation is a determining factor in improving sexuality. Gaining an understanding the situation would improve the perception of one’s own body and would make it possible to understand that this is a new stage in which sexuality has been modified and, therefore, encounters and preferences have been influenced. This acceptance would also be a determining factor for women to allow themselves space and time to take care of themselves; understanding that, to better manage the new situation, it is essential to take care of themselves.” (p. 9)

• Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Levels of evidence for meaningfulness: Level 3 - Single qualitative study.

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

O presente estudo explorou as estratégias utilizadas pelas mulheres para enfrentar as dificuldades que emergem do parto e até 6 meses pós-parto na retomada da atividade sexual.

Neste estudo participaram 36 mulheres, sendo que, destas, através da análise dos resultados, constata-se que 24 sofreram trauma perineal, descrito na Tabela 3 como *“Vaginal episiotomia or minor tears”* e *“Vaginal with 3rd degree tears”* (p. 5)

As mulheres referem dor na relação sexual desde que retomaram esta vivência após o parto, e associam isto à presença de tecido cicatricial (episiorragia e/ou perineorragia) - e respetiva fricção neste local -, falta de lubrificação e profundidade da penetração.

Algumas participantes relatam-na como sendo, por vezes, de grande intensidade, e descrevem-na como uma sensação de aperto e/ou como uma picada. Outras, referem apenas um desconforto ou incómodo constante que não lhes permite sentir prazer nas relações sexuais.

Perante as mudanças inerentes ao período pós-parto, as mulheres sentem necessidade de procurar alternativas e estratégias para viver de forma saudável a sua sexualidade. Muitas das mulheres que participaram no estudo encaram a vivência da sexualidade após o parto, designadamente quando existe trauma perineal, como um desafio a superar, passo a passo, como se de um processo de “reeducação” se tratasse, em que cada experiência sexual consiste numa hipótese de se testar a si própria.

Para lidar com os desconfortos físicos da atividade sexual as mulheres referem como algumas estratégias, o privilegiar a intimidade, os momentos “preliminares” e os “jogos sexuais” como as carícias, o toque e o beijo em detrimento da penetração, a adoção de posturas/posições alternativas evitando as que geram sensações desagradáveis, a utilização de lubrificantes e assumir o controlo do ritmo e profundidade de penetração.

Algumas mulheres referem que as suas necessidades sexuais se alteraram, diminuiu o seu desejo sexual pela penetração ou especificamente associado à área genital, e desenvolveram preferências por outras formas de viver a sexualidade, designadamente através do toque corporal e da massagem.

Outras mulheres referem que privilegiam o contacto sexual curto, com base no objetivo da satisfação (sobretudo do companheiro), e finalização breve, de forma a terminar com o sofrimento (dispareunia) o mais rapidamente possível.

Alem das mudanças físicas, verificam-se também mudanças psicológicas que impactam a vivência da sexualidade. Muitas das vezes, são as próprias mudanças físicas, designadamente a nível da região genital que desencadeia alterações no bem-estar psicológico, afetando a autoestima e confiança na relação com o parceiro. As mulheres descrevem vincadamente a necessidade se sentirem atraentes e desejadas pelos parceiros.

Os grupos de apoio e encontros com outras mulheres que se encontram a vivenciar o mesmo período e as mesmas dificuldades são destacados como de grande relevância na adoção de estratégias de gestão emocional.

A presença e apoio do companheiro quer nas tarefas do dia-a-dia, como na adaptação às mudanças

físicas, psicológicas, e inclusive, sexuais, que a mulher percebe, demonstra ser de extrema relevância, denotando-se a comunicação como um pilar essencial.

A aceitação da mudança, perante uma nova etapa, permite facilitar a sua compreensão e autopercepção, nomeadamente no que concerne à redefinição de interesses e preferências sexuais.

APPENDIX IV: DATA EXTRACTION INSTRUMENT

Título da Revisão: A vivência da sexualidade após parto vaginal com trauma perineal: a perspectiva da mulher

Questão: De que forma a mulher vivencia a sexualidade após um parto vaginal com trauma perineal?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Mulheres, com idade superior a 18 anos, que tenham tido anteriormente um parto vaginal no qual tenha ocorrido trauma perineal.

Conceito: Sexualidade; Mulher; Parto Vaginal; Trauma perineal

Contexto: Qualquer contexto.

• **Título:** *“From hell to healed” – A qualitative study on women’s experience of recovery, relationships and sexuality after severe obstetric perineal injury*

• **Autor/es:** Huber, M., Tunón, K., & Lindqvist, M.

• **Ano da Publicação:** 2022

• **País de origem:** Suécia

• **Objetivos:**

“The aim of the present study is to explore women’s experiences related to recovery, sexual function, relationships and coping strategies 1–2 years after birth among women affected by OASI.” (p. 1, 2)

• **Metodologia/métodos:**

“The data were analyzed using manifest and latent inductive qualitative content analysis, which is a systematic approach to explore variations within data and highlight differences as well as similarities [19–21]. Qualitative content analysis is focused on interpreting and understanding communicative data in a systematic way with the aim of attaining both a condensed and broad description of the phenomenon [22].” (p. 2)

“The study was conducted in 2018–2019 at the county hospital of Östersund, Sweden, with approximately 1500 births annually and a rate of OASI of 2.5–4% during the study period. Women afflicted by obstetric pelvic floor lacerations in Östersund were treated based on an online national guidance from Swedish Society of Obstetrics and Gynecology (SFOG) and the Swedish association of midwives [5].”

Participants were clinically examined by the midwife and doctor following current clinical practice (including rectal examination). Suture was performed in the operation theatre and antibiotics were given. Follow up consisted of telephone call and examination by midwife at 3 months postpartum and questionnaires in a national quality register [5]. When judged as needed additional care was offered by a doctor, physiotherapist and/or urotherapist. No special protocol or care were offered to the study participants in order not to influence their experience. Interviews were performed 1–2 years after the informants gave birth to capture as much information as possible on their experiences of OASI. A convenient setting for the interviews was chosen by the informants.” (p. 2)

“The inclusion criteria were primiparas who had experienced OASI and were sufficiently fluent in Swedish. Informants were recruited through a local project on perineal lacerations and pelvic floor dysfunction. A purposive sample of the women in the project who had experienced OASI at their first birth was created. **Eleven women** were consecutively recruited for the interviews through mailed information and a telephone call. The median age was 32 years (26–38), and all women spoke Swedish as their native language. At the time of the interview, six women were primiparous; three women had had second babies born vaginally; and two women were pregnant with their second child.” (p. 2)

“Data were collected through semi-structured, in depth, face-to-face interviews, which were audio recorded and transcribed verbatim. An interview guide with open-ended questions was developed based on prior experience of research and qualitative analysis as well as clinical experience of the authors. The topics were not addressed in a fixed order, but the first question was always “Would you like to tell us/me about your first delivery”? Two pilot interviews (included in the analysis) were performed, which resulted in only minor changes to the interview guide. All interviews were performed by MH, and the first two were conducted with additional assistance from ML. The interviews were digitally recorded and had a mean duration of 44 min. The use of open-ended questions allows respondents to include subjective experiences, such as feelings and attitudes towards the subject. Each interview contributed to the next interview until the collected material became redundant and data collection was finalized. After eleven individual interviews, the material was evaluated as sufficiently rich to elucidate the research question, and it was determined that data saturation had been reached.” (p. 2)

“Data were analyzed in a stepwise manner as follows. 1) All written transcripts were read several times by the first and last authors (MH and ML) to achieve a sense of the entirety. 2) Meaning units relating to the aim of the study were identified, condensed and coded. 3) The codes were compared to identify differences and similarities; during the process, clusters of codes emerged, and categories were formed through repeated discussion between the authors. 4) The interviews were reread by MH several times to ensure that all data addressing the aim were covered. Thereafter, all authors discussed the findings, resulting in minor changes to the categories. 5) The theme was developed to explicitly reflect the underlying latent meaning of women’s experiences related to daily life, recovery, sexuality and relationships as well as coping strategies after OASI.” (p. 2)

“Ethical approval was granted by the Regional Ethical Review Board of Umeå (Dnr. 2016–458-31 M and 2018–240-32 M)). Written informed consent was obtained from all participants prior to the interviews. All

data were deidentified prior to the analyses. Patients could choose to withdraw their participation at any stage of the study.” (p. 2)

“(…) Swedish quotes were translated into English by a Swedish-and-English- speaking professional language translator and were double checked by the authors.” (p. 2)

• **Fontes de pesquisa utilizadas:**

“Os dados foram recolhidos através de entrevistas semi-estruturadas, aprofundadas e presenciais, que foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Foi elaborado um guião de entrevista com perguntas abertas, com base na experiência anterior de investigação e análise qualitativa, bem como na experiência clínica dos autores.” (p. 2)

• **Interpretação desenvolvida:**

“Challenged to the core” (p. 2)

“The women’s narratives indicate that a severe perineal tear created challenges both physically and emotionally and that the spectrum of suffering differed from woman to woman as well as across the time frame from birth onwards.” (p. 2)

“Imprisoned by physical limitations” (p. 2)

“Many women perceived the postpartum period as being marked by physical limitations and pain caused by the laceration. (...) it created much concern about the function of the pelvic floor and the risk of future complications (...)” (p. 2, 3)

“In contrast, a few women reported a fast recovery and had very few symptoms.” (p. 3)

“At the mercy of the care provider” (p. 3)

“(…) the importance of the approach that health care providers took with them. It also describes where women sought information and to whom they reached out when health care services failed to meet their needs.” (p. 3)

“Burdened by normality” (p. 2)

“(…) Health care providers were often depicted as ignorant and nonchalant in response to women’s concern.” (p. 3)

“In contrast, when the women described finally getting to the right level of care, they portrayed professional and empathic treatment from health care providers who made them feel seen and acknowledged. An important aspect of the right level of care was the feeling of being acknowledged with comments such as “although everything looks normal, there is a need to investigate it further because of the symptoms you experience”. (p. 3)

““I think it would be a good idea to talk and be informed about it (pelvic floor tears in childbirth). That it can happen...that you can tear and get problems from it. But that there is help you can get”. (Informant 11)” (p. 3)

“Requesting answers” (p. 2)

“Even though perineal tears have gained more attention in society in recent years, women still described

encountering an outdated approach when they reached out to health care providers.” (p. 2)

“(…) Women perceived that the extent of their pain and their condition was being questioned. When health care failed, these women reached out for support and information in other channels, such as blogs or Facebook groups. Talking about intimate symptoms or sexuality among friends was sometimes described as natural, but in other cases, women used channels where they could be more anonymous. Private Facebook groups founded by women who had been in the same situation were perceived by the women as a secure environment to ask questions and gain courage to strive for better health care.” (p. 4)

“Appraising relations” (p. 4)

“(…) In general, the women portrayed their partners as being apprehensive about their situation. They described adequate support both emotionally and practically. Their relationships had been subjected to considerable strain not only because the women and their partners were now parents but also due to the additional burden of the laceration for their everyday lives and their intimacy. Despite the challenges, some couples grew stronger as they found new respect for each other as parents and shared experiences that bound them together.” (p. 4)

““My partner is really the only one who understands what I have gone through, but it was tough even for him to understand, and that was hard for me ... It put an incredible amount of strain on our relationship... I mean, what can I say; it makes you stronger in a way, going through something like that”. (Informant 3)” (p. 4)

““You find your way back to each other, basically, if you truly are in love with each other. If you have a good relationship before you have children, then I don’t think anything changes”. (Informant 9)” (p. 4)

“The need for both practical and emotional support expanded beyond the couple and their child. Women reached out to relatives or to a close friend to discuss their symptoms and situation. Those who lacked additional support described the postpartum period as very lonely and as burdensome to their partners.” (p. 4)

““It is maybe because I have been open about how things were for us that others also feel they can open up about their experiences”. (Informant 4)” (p. 4)

“Scarred and scared” (p. 2)

“The women in the study experienced their sex lives after birth with a severe perineal tear to be a challenge, yet there were substantial individual differences in how they perceived and dealt with this challenge. The women reasoned about expectations and described a “threshold” that they strived to overcome as well as a fear about how the scar would look and feel. Some described intercourse as something that “had to be done” and reflected afterwards that perhaps they were not ready but did it anyway. Many women experienced a need for more planning, more foreplay and the right setting for sex to happen, in contrast to before having a child, when “it (sex) just happened”. (p. 4)

““He understood how I had pain and all that so we just managed to work it out in other ways...but I still feel dread before having sex” (Informant 1)” (p. 4)

“The new situation with fewer opportunities for intimacy and the need for more time to prepare

themselves for intimacy was described as being caused by parenthood as well as the altered anatomy and physiology. Feelings of “being too wide” or “too tight” and the recurrent symptom of heaviness in the pelvic floor negatively affected women’s desire for intimacy. As time passed, the majority settled into their “new” bodies and life situations, and intimacy returned to what it once was. Some women had not settled into their new situations and reflected upon this as a loss and something that they grieved.” (p. 4)

““If I had had a choice, I mean I did have a choice, but anyway, I think perhaps I should have waited until I really felt that I was ready both physically, but perhaps most of all, mentally, and that when it was painful those first few times, I should have said, ‘Listen, I don’t think I can cope with this; we have to try this another way’... Physically, it feels a bit like an assault afterwards”. (Informant 4)” (p. 4)

““I still perceive sex as tough...both physically and mentally...you don’t get as ecstatic as before...You have a hope that next time.”. (Informant 10)” (p. 4)

“On the other hand, some women experienced no alterations in their sexuality and described intercourse as “being just as usual” or even better. The discovery that dyspareunia was improved after giving birth, despite scarring, was another element that positively influenced the experience.” (p. 4, 5)

““We waited for 6 weeks. At first, it felt like there was a blockage, but then, it was just back to how it felt before.... Or I even think that I feel it more now after giving birth; it is better”. (Informant 7)” (p. 5)

““We have had sex just like normal. I don’t notice anything different. It was only in the very beginning that it was a problem”. (Informant 9)” (p. 5)

• **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Levels of evidence for meaningfulness: Level 3 - Single qualitative study.

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

Este estudo permitiu compreender de que forma as mulheres vivenciam a recuperação, a sexualidade e os relacionamentos após trauma perineal grave no parto.

Para estas mulheres, a sexualidade, após o trauma perineal vivido passou a constituir um desafio. No entanto, nem todas as mulheres perceberam e enfrentaram o desafio da mesma forma. O trauma perineal grave, nomeadamente a laceração, conduziu a repercussões físicas e emocionais, com diferentes graus de gravidade, que oscilam de mulher para mulher, e em função do tempo decorrido desde o momento do parto.

As mulheres revelaram preocupação em relação à dor sentida a nível perineal e às repercussões e risco de complicações futuras.

Recolheram-se alguns relatos que descrevem que os profissionais de saúde demonstraram indiferença e pouco interesse relativamente às preocupações das mulheres, com tendência a normalizar os desconfortos sentidos. Em contrapartida, outros, interessaram-se e preocuparam-se em compreender as alterações e desconfortos vivenciados pelas mulheres.

As mulheres reconhecem a falta de informação e esclarecimento sobre os as implicações e os desconfortos associados ao trauma perineal, de que forma se pode prevenir complicações e onde pedir ajuda. Uma vez que frequentemente não conseguiam obter ajuda profissional, as mulheres recorriam a outros canais de informação, como blogues ou grupos do Facebook.

Numa perspetiva geral, as mulheres revelam compreensão e apoio por parte dos parceiros relativamente à mudança na sexualidade. Apesar dos desafios, alguns casais tornaram-se mais fortes, pois passaram a respeitar-se mutuamente como parceiros e a partilhar experiências que os uniam.

As mulheres demonstraram algumas preocupações relativamente à cicatriz, nomeadamente em relação ao aspeto e sensação ao toque.

Algumas mulheres consideram que o retomar da vivência da sexualidade foi encarado como algo que tinha de ser feito e, que possivelmente até não estavam preparadas para o fazer, mas fizeram-no. Outras, parecem atrasar o recomeço das relações sexuais.

Após o trauma perineal, muitas mulheres referem necessitar de um maior planeamento da experiência, de mais tempo de “preliminares” e de um “ambiente” adequado para que a prática sexual se proporcione, opondo-se à vivência espontânea e imprevisível que acontecia anteriormente.

As mulheres referem uma sensação de peso constante no pavimento pélvico e perceção de que as suas vaginas estariam demasiado “largas” ou “apertadas”, o que condicionava a líbido e disposição para a partilha de intimidade com os seus parceiros.

Algumas mulheres lamentam terem precipitado a prática sexual retomando-a sem estarem física e mentalmente prontas e predispostas a isso. Estas mulheres consideram que isto prejudicou a sua vivência da sexualidade, perspetivando que dificilmente voltará a ser tão desejada e satisfatória como anteriormente.

Por outro lado, algumas mulheres referem que nada mudou na sua sexualidade (e até melhorou) e outras, com história de dispareunia referem que, mesmo com as cicatrizes, esta melhorou após o parto.

APPENDIX IV: DATA EXTRACTION INSTRUMENT

Título da Revisão: A vivência da sexualidade após parto vaginal com trauma perineal: a perspetiva da mulher

Questão: De que forma a mulher vivencia a sexualidade após um parto vaginal com trauma perineal?

Crítérios de Inclusão (PCC):

População: Mulheres, com idade superior a 18 anos, que tenham tido anteriormente um parto vaginal no qual tenha ocorrido trauma perineal.

Conceito: Sexualidade; Mulher; Parto Vaginal; Trauma perineal

Contexto: Qualquer contexto.

• **Título:** *Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma*

<p>• Autor/es: Fodstan, K., Staff, A. C., & Laine, K.</p>
<p>• Ano da Publicação: 2016</p>
<p>• País de origem: Noruega</p>
<p>• Objetivos:</p> <p><i>The aim of the study was to investigate self-reported sexual activity and problems with intercourse 1 year after delivery in relation to perineal trauma, including OASI, and with regard to mode of delivery. (p. 1513, 1514)</i></p>
<p>• Metodologia/métodos:</p> <p>“This study is part of the Perineum Study, which was approved by the Regional Committee for Medical Research Ethics in South-Eastern Norway (ref. S-08810d/20941).” (p. 1514)</p> <p>“Study population” (p. 1514)</p> <p>“The Perineum Study population initially consisted of 2,846 pregnant women recruited prospectively during routine ultrasound examination in the second trimester at Oslo University Hospital, Ullevål, from September 2009 to August 2010, as shown in the flowchart (Fig. 1). This routine ultrasound examination is offered to all pregnant women in Norway in gestational weeks 18–20, and 98 % attend. Participants answered a questionnaire in Norwegian (Q1, Fig. 1) concerning urinary and anal incontinence, general state of health, and worries related to pregnancy and delivery. Demographic data, obstetric history, educational level, household income, and country of origin were also collected. Results have been published previously [16]. All participants gave written informed consent, also agreeing to receive further questionnaires after the index delivery.” (p. 1514)</p> <p>“Of these 2,846 participating pregnant women, 42 subsequently delivered with an obstetric anal sphincter injury (OASI, defined as perineal injury degree 3 or 4; however, all OASI cases in our study were third-degree tears). The OASI incidence rate of 1.5 % in our study population is representative of the current low OASI incidence rate at Oslo University Hospital, Ullevål. These 42 OASI women, together with 840 randomly selected controls (20 controls per case, selected from the initial study population of 2,846), who delivered without OASI, were sent a structured questionnaire by postal mail 1 year after delivery. The questionnaire (Q2, Fig. 1) addressed time of resumption of coitus after delivery, questions on whether there were current problems with intercourse after delivery and specification of such problems. Specifications were prelisted as:” (p. 1514)</p> <p>“The questionnaire also addressed birth control use and breastfeeding in addition to potential worries concerning socioeconomic status or regarding motherhood, family or partner relationships. Questions concerning these worries were chosen from the validated Cambridge Worry Scale [17], which was modified to address postpartum women who were not pregnant. The Q2 questionnaires were merged with data from the Oslo University Hospital local obstetrical database and with the first questionnaire during pregnancy</p>

(Q1).” (p. 1514)

“Definition of perineal trauma” (p. 1514)

“Perineal injury was classified following delivery and registered in the obstetrical database as degree 1 to 4, according to international guidelines [18]. The Oslo University Hospital’s local obstetrical database does not document the type of episiotomy performed. However, local guidelines at Oslo University hospital, Ullevål, recommend the lateral episiotomy technique when episiotomy is clinically indicated. The lateral technique is defined as an incision commencing ≥ 10 mm from the posterior fourchette and directed toward the ischial tuberosity. The midline episiotomy technique is discouraged in this delivery unit. Mediolateral incisions are also commonly performed, second to the lateral episiotomies [18].” (p. 1514)

“Statistical analysis” (p. 1514)

“Chi-squared test was used in the univariate analysis, and a significance level of 5 % was chosen. Univariate analysis was performed to identify the significant risk factors associated with resumption of sexual activity and with dyspareunia, and variables with $p < 0.05$ were included in the multivariate analyses. Multivariate regression analysis was used to explore the adjusted OR for postponed resumption of coitus (defined by us as more than 8 weeks postpartum) and self-reported dyspareunia, with 95 % confidence interval. The time period 8 weeks was chosen as a cut-off as all women in Norway are encouraged to have a postpartum check-up approximately 6– 7 weeks after delivery. We hypothesized that many women, therefore, might not resume coitus before such a clinical examination. Model 1 depicts the maternal characteristics and delivery method solely. In model 2, delivery characteristics, such as duration of the second stage of labor, epidural analgesia, persistent occiput posterior presentation, episiotomy, and OASI were added. In model 3 we analyzed all degrees of perineal injury and episiotomy separately, and intact perineum was used as reference. PASW (Predictive Analytics SoftWare, SPSS, Chicago, IL, USA) version 22 was used to perform the analyses.” (p. 1514)

• Fontes de pesquisa utilizadas:

“Participants answered a questionnaire in Norwegian (...)” (p. 1514)

• Interpretação desenvolvida:

“Of the 882 women (42 cases and 840 controls) recruited to this study, 64 % (n = 561) responded to and returned the questionnaire (Q2). Response rates were similar for the OASI cases (67 %) and the controls (64 %). Responders and non-responders did not differ in age, parity, degree of perineal trauma or mode of delivery (Table 1). The majority of responders were primiparous (62 %), whereas 30 % of responders had given birth to their second child, and the remainders (8 %) were para 3 at the index delivery (Table 1).” (p. 1515)

“Responder’s birth outcomes” (p. 1515)

“Most responders (69 %) had delivered spontaneously, 12 % had been delivered by vacuum extraction, 6 % had had a planned cesarean, and 13 % had had an emergency cesarean section (Table 1). Seventeen women had had a preterm delivery before 37 weeks, and 7 women delivered twins. Among the 561

responding women, 34 % (n = 194) delivered with an intact perineum and 21 % (n = 120) underwent an episiotomy only, whereas the remaining group had some degree of perineal tear: 32 % (n = 177) sustained a first-degree perineal tear, 8 % (n = 42) a second-degree tear, whereas 5 % (n = 28) sustained a third-degree tear. Of the 28 OASI cases, 9 were classified 3A, 19 were classified 3B, and none was 3C or 4 (data not shown).” (p. 1515, 1516)

“Resumption of sexual activity postpartum” (p. 1516)

“By 8 weeks, about half of the responders (51.4 %) had resumed coitus, and by 12 weeks 75.2 % had resumed intercourse, whereas 94.7 % had resumed coitus 1 year postpartum. Six women (1.1 %) reported attempted coitus, but had interrupted their attempt, and 23 women (4 %) had not yet attempted coitus. Two respondents did not answer this particular question and 1 woman had listed *Bother* as her answer.” (p. 1516)

“Table 2 shows resumption of coitus categorized by 8 weeks, by 9–12 weeks, and after 3 months in relation to degree of perineal trauma and method of birth, showing a significant difference related to degree of perineal trauma. Women with OASI were significantly more likely to postpone coitus till after 3 months compared with any of the groups of women with a less severe degree of perineal trauma or episiotomy (p < 0.05). When comparing second-degree tears with episiotomy per se, we found no significant difference in percentage distribution of coital resumption between these two groups at the three time points studied (data not shown, p = 0.84).” (p. 1516)

“(…) We additionally compared women with an episiotomy (n = 120) to women with a second-degree perineal laceration (n = 42) separately in a multivariate analysis, and there was no difference between these two groups in relation to postponed resumption of coitus (p = 0.42, data not shown).” (p. 1517)

“Women who reported that they had not resumed coitus by 12 months were asked to state the reason for non-resumption. Seven of these 23 women reported that they were not in a relationship. Ten women (44 %) reported the reason to be a lack of sexual desire (2 were OASI deliveries, 2 had delivered with an intact perineum, 3 with a first-degree tear, 1 with a second-degree tear, and 2 with an episiotomy only). Two women stated the reason for non-resumption to be that they were afraid of coital pain (1 of which had a spontaneous second-degree tear whereas the other had delivered with a first-degree perineal tear only). The remaining 4 women did not give a reason for non-resumption.” (p. 1519)

“Difficulty with coitus/dyspareunia 1 year postpartum” (p. 1519)

“(…) When asked whether currently experiencing difficulty with coitus after delivery, 530 out of 561 women responded, 164 of whom reported having current coital problems, whereas 366 women stated that they had none. At 1 year postpartum, significantly more women with OASI reported having difficulties with coitus compared with any other group of women with perineal trauma (48 vs 22 % for second-degree tears, 32 % for episiotomy, and 37 % for first-degree perineal tears, p < 0.02) and compared with women with intact perineum (23 %, p < 0.02).” (p. 1519)

“Participants were asked to specify their difficulty, either by choosing from a predefined list and/or by giving their own written specification of the problem. (...) The most frequently reported problem was lack of sexual desire (63.4 %), followed by dyspareunia, defined as either pain at the vaginal orifice during

penetration (41.5 %) or pain during deep penetration (37.2 %). Forty-seven women (28.7 %) specified that the vaginal orifice felt too tight or sore during coitus, whereas 27 participants (16.5 %) considered the vaginal orifice to be too large. Very few reported having incontinence issues: only 5 women listed urinary incontinence as the reason for their coital difficulty, 12 women reported flatus incontinence, but none reported fecal incontinence. However, 17 women (10.4 %) stated that their problem was fear of incontinence of any type.” (p. 1519)

“(…) The crude analysis showed that OASI significantly increased the risk of dyspareunia by a 4-fold compared with intact perineum (OR 4.00).” (p. 1519)

• **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Levels of evidence for effectiveness: Level 3.c – Cohort study with control group

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

Das 561 mulheres que participaram no estudo, 267 teve um parto vaginal com algum tipo de trauma perineal, seja laceração ou episiotomia.

O estudo demonstrou o trauma perineal grave tem implicações significativas na sexualidade da mulher. Retomar a vida sexual depende de muitos fatores e é condicionado pelo trauma perineal existente e desconforto a este associado. Quanto mais grave o trauma perineal, maior a tendência para adiar o retomar da vida sexual.

Dado que se pode equiparar a gravidade da laceração de segundo grau à episiotomia, nestas variáveis, não se denotaram diferenças no retomar da vivência da sexualidade.

12 meses após o parto, 164 mulheres referiram ter dispareunia, sendo este diagnóstico mais prevalente em casos mais graves de trauma perineal.

Comparativamente a um parto com períneo íntegro, o parto com trauma perineal apresenta maior risco de desenvolver desconfortos associados a prática sexual, sendo a dispareunia e a diminuição do desejo sexual as queixas mais prevalentes das mulheres.

Appendix V: Characteristics of included studies

Study / Authors	Methodology / Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
<p>Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study Priddis, H., Schmied, V., & Dahlen, H.</p>	<p>Estudo qualitativo, desenvolvido tendo como estratégia a realização de entrevistas. As participantes foram recrutadas entre outubro de 2011 e abril de 2012 através das redes sociais e pela técnica de bola-de-neve. As participantes foram informadas do propósito do estudo e foi solicitado que assinassem o termo de consentimento. O estudo recolheu dados sobre as experiências das mulheres que sofreram trauma perineal durante o parto. A utilização de perguntas abertas permite descobrir e explorar as complexidades da experiência subjetiva em relação às morbilidades pós-parto do próprio indivíduo e aos sintomas relacionados.</p>	<p>12 mulheres que tiveram trauma perineal durante o parto</p>	<p>As reflexões e vivências físicas e psicológicas das mulheres que sofrem trauma perineal durante o parto.</p>	<p>"The findings of this study describe and explain the experiences for women who have sustained SPT during vaginal birth. The three main themes identified that how women are cared for during their labour, birth and postnatal period has a direct impact on how they understand and rediscover a new sense of self following SPT. The findings indicate that further research is required into the experiences of women with SPT in accessing appropriate health management services in the immediate postnatal period. An evaluation of current services for women who experience ongoing physical morbidities is also important. Recommendations for future practice include the establishment of specialised perineal care clinics that give consistent and collaborative care for women [46,60]." (p. 10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O trauma perineal condiciona a vivência saudável da sexualidade e a manutenção da sua identidade sexual enquanto mulher; • A ansiedade e o medo da dor tende a retardar o retornar da vivência sexual; • Pressão para retornar a vivência sexual; • Falta de informação; • Falta de acompanhamento; • Dor a nível do períneo e pavimento pélvico; • Prejuízo na perceção de sensações prazerosas; • Dor durante a prática sexual; • Medo do impacto que as alterações na vivência da sexualidade assumam na relação do casal; • Receio de engravidar novamente; • Receio da ocorrência de um episódio de incontinência durante a vivência sexual; • Dificuldade em partilhar com os companheiros os desconfortos sentidos; • Participação em grupos de

Study Authors /	Methodology / Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
					apoio; • Necessidade imperiosa de continuar a realizar mais estudos sobre esta problemática.
<p>Women's experience of episiotomy: a qualitative study from China He, S., Jiang, H., Quian, X., & Garner, P.</p>	<p>Estudo qualitativo, desenvolvido tendo como estratégia a realização de entrevistas semiestruturadas através da utilização de um guião. Foram incluídas mulheres com mais de 18 anos que tinham sido submetidas a episiotomia durante o parto. As participantes foram informadas do propósito do estudo e foi solicitado que assinassem o termo de consentimento. As entrevistas foram efetuadas em idioma chinês e gravadas com autorização. Posteriormente foram transcritas e traduzidas para idioma inglês.</p>	<p>30 mulheres sujeitas a episiotomia no parto</p>	<p>As reflexões e vivências físicas e psicológicas das mulheres chinesas de Shanghai submetidas a episiotomia durante o parto.</p>	<p>“Women were inadequately informed about episiotomy, but experienced consequences of the procedure, including pain and interference with daily life. These were compounded by social norms that expect them not to complain and the longer term anxiety about the physical and psychological effects on them as women.” (p. 8)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de elasticidade nos tecidos; • Dor e desconforto perineal sobretudo na região da cicatriz; • Sensação que vai de simples desconfortos a níveis de dor significativos, e até mesmo intoleráveis; • Medo e preocupação relativamente ao impacto da episiotomia na sexualidade • Diminuição da confiança da mulher relativamente à sua sexualidade; • Medo da dor sentida quando retomar a vivência da sexualidade, o que faz com que a mulher adie este momento; • Retomar a sexualidade é encarado como um pesadelo; • Dor na região da cicatriz devido à fricção da penetração condiciona a perceção de sensações prazerosas; • Crença de que a vagina, após o trauma perineal fica danificada e flácida e que dificilmente seria

Study Authors /	Methodology / Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
					recuperável; <ul style="list-style-type: none"> • Receio de uma nova gravidez, face à possibilidade de isso implicar um novo trauma perineal e isso danificar ainda mais os tecidos da vagina; • Normalização da dor e desvalorização das queixas de sensações dolorosas e desconfortos na prática sexual; • Mulheres sentem-se abandonadas.
<p>Recovering sexuality after childbirth. What strategies do women adopt? A qualitative study.</p> <p>Delegado-Pérez, E., Rodríguez-Costa, I., Vergara-Pérez, F., Blanco-Morales, M., & Torres-Lacomba, M.</p>	<p>Estudo qualitativo. A pesquisa foi realizada entre junho de 2017 e maio de 2019. As participantes foram recrutadas em centros de fisioterapia privados situados em Espanha, dois centros em Madrid, outro em Toledo e um em Talavera de la Reina. Foram incluídas mulheres com idade superior ou igual a 18 anos, cognitivamente integras com capacidade para compreender o propósito do estudo e que percebessem a o idioma espanhol. Foram excluídas as mulheres</p>	<p>36 mulheres, das quais 24 sofreram trauma perineal</p>	<p>Estratégias utilizadas pelas mulheres na adaptação às alterações da sexualidade inerentes ao pós-parto</p>	<p>“These women, in the first six months after childbirth, face a variety of challenges and show strategies for coping with them. Strategies to facilitate sexual encounters in the context of physical changes are the use of lubricants and changing sexual positions or practices. They face emotional changes through support and good communication from their partner, support from other women, time for oneself, and acceptance of the changes of motherhood. In order to cope with life changes that influence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dor durante a prática sexual associado à presença de tecido cicatricial, falta de lubrificação e profundidade da penetração; • Dor ou desconforto que não permite sentir prazer durante as relações sexuais; • As mulheres procuram alternativas e estratégias para contornar os desconfortos associados à prática sexual após o trauma perineal; • Arranjar alternativas e estratégias para viver a sexualidade de forma saudável é encarado como um desafio a superar; • Privilegiar o toque, as carícias, o

Study Authors /	Methodology / Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
	<p>com doenças e/ou problemas cognitivos, bem como as mães que, durante o parto, tiveram problemas que exigiram hospitalização ou perda do bebé por morte perinatal.</p> <p>Foi explanado o propósito do estudo e asseguradas as condições de privacidade. Os dados foram recolhidos através de entrevistas, grupos de discussão e fóruns <i>online</i>. O investigador orientou cada entrevista, grupo de discussão e fórum, utilizando um guião de entrevista semi-estruturado</p> <p>As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra por um membro da equipa de investigação.</p> <p>Todos os relatos recolhidos (via entrevista em profundidade, grupo de discussão e fórum online) foram tratados de forma igual.</p>			<p>sexuality, women seek to nurture their relationships through affection and sexual encounters, which they adapt to sometimes feel satisfied.” (p. 13)</p>	<p>beijo, a massagem, os jogos sexuais em detrimento da penetração;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adoção de posições alternativas para diminuir o desconforto associado à penetração; • Utilização de lubrificantes; • A mulher assume o controlo do ritmo e profundidade da penetração; • Mudança das necessidades e preferências sexuais (diminuição do interesse pela penetração e aumento do interesse por outros estímulos, nomeadamente o erotismo do toque e do beijo); • Preferência por práticas sexuais pouco demoradas de forma a terminar o sofrimento o mais rapidamente possível (associado a sensações dolorosas durante a relação); • Diminuição da autoestima e confiança na relação com o parceiro; • Grupos de apoio são considerados uma um fator positivo; • A presença e apoio do companheiro, bem como a comunicação entre o casal, são pilares essenciais;

Study Authors /	Methodology / Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
					<ul style="list-style-type: none"> • Redefinição de interesses e preferências sexuais.
<p><i>“From hell to healed” – A qualitative study on women’s experience of recovery, relationships and sexuality after severe obstetric perineal injury</i> Huber, M., Tunón, K., & Lindqvist, M.</p>	<p>Estudo qualitativo. Estudo realizado entre 2018 e 2019 no hospital do condado de Östersund, na Suécia incluindo mulheres que tinham sofrido laceração durante o parto. 11 mulheres foram recrutadas para as entrevistas através de informação enviada por correio por contacto telefónico. Os dados foram recolhidos através de entrevistas semi-estruturadas, aprofundadas e presenciais, que foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Foi elaborado um guião de entrevista com perguntas abertas, permitindo que as participantes incluam experiências subjetivas, tais como sentimentos e atitudes em relação ao tema. Foi obtido o consentimento informado por escrito de</p>	<p>11 mulheres com laceração e lesão do esfínter anal durante o parto</p>	<p>Vivências relativas à recuperação, relações e sexualidade de mulheres com trauma perineal grave</p>	<p>“To conclude, giving birth and experiencing OASI greatly affects women’s relationships, their social context and their sexuality. (...). The results of the current study illustrate experiences and strategies of women affected by OASI. Our findings reinforce some of the conclusions in a recent national report on perineal tears [4] where it was emphasized that evidenced based diagnostics, team-based treatment and personalized attitude towards women are the cornerstones of improving care after perineal tears. For health professionals, knowledge of these experiences and strategies allow them to take actions that are more in line with the women’s need. Professionals in dedicated pelvic floor centers may already be faced with these issues daily but findings from this study have implications for many</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O trauma perineal pode gerar um grande impacto na vida quotidiana, nas relações e na sexualidade; • A sexualidade, após o trauma perineal vivido passou a constituir um desafio; • Repercussões físicas e emocionais, com diferentes graus de gravidade; • Preocupação em relação à dor sentida a nível perineal e às repercussões e risco de complicações futuras; • Alguns profissionais de saúde demonstraram indiferença e pouco interesse relativamente às preocupações das mulheres, com tendência a normalizar os desconfortos sentidos; • Outros profissionais interessavam-se e preocupavam-se em compreender as alterações e desconfortos vivenciados pelas mulheres; • As mulheres reconhecem a falta de informação e esclarecimento

Study Authors /	Methodology / Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
	<p>todos as participantes antes das entrevistas.</p>			<p>“first-line” caregivers, where the old-fashion “everything looks fine” attitude remains deeply rooted. Health care professionals need to identify and pay attention to women with persisting problems after OASI so that they can be directed to the right level of care, depending on the individual needs (... All women who experience sequelaes after childbirth complicated by perineal trauma need a team based and holistic care, in which the “everything looks fine” approach is discouraged and attention is given to functionality and improvement in the quality of life of these women. Insights from this study can be included in verbal and written information provided to expectant mothers and couples. Midwives in primary and secondary care are ideally positioned to use these insights to educate women and their partners and thereby enable to mitigate some persistent taboos.” (p. 6)</p>	<p>sobre os as implicações e os desconfortos associados ao trauma perineal, de que forma se pode prevenir complicações e onde pedir ajuda;</p> <ul style="list-style-type: none"> • As mulheres revelam compreensão e apoio por parte dos parceiros relativamente à mudança na sexualidade; • As mulheres demonstraram algumas preocupações relativamente à cicatriz, nomeadamente em relação ao aspeto e sensação ao toque; • Algumas mulheres consideram retomar a prática sexual como uma obrigação; • Algumas mulheres retomam a prática sexual sem estarem preparadas; • Muitas mulheres atrasam o recomeço das relações sexuais; • Após o trauma perineal, muitas mulheres referem necessitar de um maior planeamento da experiência, de mais tempo de “preliminares” e de um “ambiente” adequado para que a prática sexual se proporcione; • Sensação de peso constante no pavimento pélvico e perceção de que as suas vaginas estariam

Study Authors /	Methodology / Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
				<p>“A further understanding of how women with obstetric pelvic floor injury (OASI as well as moderate/second-degree tears and levator injuries) and their partners experience daily life postpartum opens a wide range of possibilities to improve their experience. (...)” (p. 6)</p>	<p>demasiado “largas” ou “apertadas”;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prejuízo da libido da mulher; • Algumas mulheres referem que nada mudou na sua sexualidade e, até mesmo melhorou após o parto.
<p>Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma Fodstan, K., Staff, A. C., & Laine, K.</p>	<p>Estudo quantitativo. Foi aplicado um questionário sobre o retomar da sexualidade após o parto, entre outros aspetos. Na análise univariada foi utilizado o teste do qui-quadrado, optando-se por um nível de significância de 5%. A análise univariada foi realizada para identificar os fatores de risco significativos associados ao reinício da atividade sexual e à dispareunia, e as variáveis com $p < 0,05$ foram incluídas nas análises multivariadas. A análise de regressão multivariada foi utilizada para explorar o OR ajustado para o</p>	<p>561 mulheres responderam ao questionário, das quais 267 tiveram um parto com trauma perineal</p>	<p>Retorno à atividade sexual e desconfortos 1 ano após trauma perineal</p>	<p>“Our study showed that women with OASI had an increased risk of postponed resumption of coitus (defined as after 8 weeks) by a 4- to 5-fold in addition to being at a significantly increased risk of dyspareunia by a 3- to 4-fold at 1 year after delivery (...)” (p. 1519) “We demonstrated that OASI increased the risk of postponed resumption of coitus by a 5-fold compared with intact perineum, and that a significantly larger proportion of women with OASI postponed resumption of intercourse until after 3 months as compared to all other degrees of perineal trauma.” (p. 1519)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O trauma perineal grave tem implicações significativas na sexualidade da mulher; • Quanto mais grave o trauma perineal, maior a tendência para adiar o retomar da vida sexual; • Comparando a gravidade da laceração de segundo grau à episiotomia, não se denotaram diferenças no retomar da vivência da sexualidade; • 12 meses após o parto, 164 mulheres referiram ter dispareunia, sendo este diagnóstico mais prevalente em casos mais graves de trauma perineal; • Comparativamente a um parto com períneo íntegro, o parto com trauma perineal apresenta maior risco de desenvolver desconfortos

Study Authors /	Methodology / Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
	<p>reatamento do coito (definido por nós como mais de 8 semanas pós-parto) e dispareunia, com intervalo de confiança de 95%. O período de 8 semanas foi escolhido como ponto de corte, uma vez que todas as mulheres na Noruega são encorajadas a fazer um check-up pós-parto cerca de 6 a 7 semanas após o parto. Partimos da hipótese de que muitas mulheres, portanto, poderiam não retomar o coito antes desse exame clínico.</p>			<p>“Despite potentially redundant confounding factors, such as individual differences in sexual activity and other nonregistered variables of importance, our persistent and clear study finding is that OASI remains a large risk factor for postponed resumption of sexual intercourse after delivery and for dyspareunia 1 year postpartum. Our study is not a randomized controlled trial comparing episiotomy use and risk of OASI, but we found no support neither for episiotomy being a risk for postponed sexual intercourse nor for episiotomy being a risk factor for dyspareunia 1 year postpartum. Importantly, moreover, we found no difference in coital resumption when comparing episiotomy with second-degree lacerations separately. (...)” (p. 1522)</p>	<p>associados a prática sexual, sendo a dispareunia e a diminuição do desejo sexual as queixas mais prevalentes das mulheres.</p>



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

9º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

UNIDADE CURRICULAR DE ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA

“A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE APÓS PARTO VAGINAL COM TRAUMATISMO PERINEAL:

A PERSPETIVA DA MULHER”

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Discente:

Joana Patrícia Pereira Cesário, nº 220001023

Docente:

Professora Teresa Margarida Carreira

Abreviaturas, acrónimos e siglas

EEESMO – Enfermeiro de Saúde Materna e Obstétrica

nº - número

SR – *Scoping Review*

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	132
1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO	133
2. CARACTERIZAÇÃO E ESTRUTURA DO ESTUDO	135
CONCLUSÃO.....	137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	137
APÊNDICES.....	140
APÊNDICE I – Guião de entrevista/Caderno de recolha de dados.....	141
APÊNDICE II – Consentimento informado	142
APÊNDICE III – Cronograma de atividades	145

INTRODUÇÃO

No decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, e tendo como referência os Regulamento nº 140/2019 e Regulamento nº 391/2019 que rege a prática do Enfermeiro Especialista, pressupõem-se que o mestrando desenvolva as competências específicas discriminadas. Para obter o grau de mestre e o título de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), e tendo como referência os Descritores de Dublin, justifica-se a pertinência da procura continua de conhecimento técnico-ciêntifico para aquisição de competências específicas. Sendo a Enfermagem uma área do cuidar, torna-se relevante desenvolver competências no campo da investigação, de forma a cultivar o conhecimento e impulsionar a melhoria continua dos cuidados.

Assim, denota-se a importância, de neste âmbito, se desenvolver um trabalho de investigação com relevância na prática clínica do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica. O projeto do trabalho de investigação a realizar será agora aqui apresentado, onde descrevo a justificação e pertinência do mesmo, e explico quais as estratégias que pretendo adotar e as etapas a seguir para a sua consecução.

Este Projeto de Investigação do foro académico tem como enfoque a área da sexualidade e em termos metodológicos será constituído pela elaboração de uma *Scoping Review* (SR) e um trabalho de campo de investigação no âmbito das competências do EEESMO. Neste sentido, o presente do documento tem como objetivo apresentar, de forma clara e sistematizada, a planificação do Projeto de Dissertação de Mestrado a realizar nos próximos meses, com exposição da fundamentação teórica e pertinência do estudo, e caracterização e metodologia do trabalho de campo investigativo. Serão ainda anexados documentos considerados pertinentes perante a apresentação do presente projeto.

Este documento encontra-se estruturado em dois capítulos, o primeiro, a fundamentação do estudo, onde se apresenta a componente teórica do estudo planeado, designadamente a concetualização do estudo, esclarecendo a pertinência do mesmo, e o segundo, a caracterização e estrutura do estudo.

1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO

Em 1992, a sexualidade foi descrita pela Organização Mundial de Saúde 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 física e mental” (Associação para o Planeamento Familiar, 2023, p.1).

A sexualidade constitui parte integrante e central do Ser Humano e é transversal a toda a sua vida, sendo ajustado de acordo as diferentes etapas de vida, condicionantes de saúde ou interesses. Abrange, entre muitas outras dimensões, a procura de experiências sexuais prazerosas, agradáveis e seguras, vividas e expressas em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. A vivência de uma sexualidade saudável é fundamental para a saúde sexual que deve ser perspectivada como um estado de completo bem-estar físico, mental, emocional e social, e não apenas a ausência de doença ou disfunção, e é considerada como primordial para o bem-estar geral de indivíduos, casais e famílias. Embora a sexualidade e a saúde sexual possam incluir todas estas dimensões, nem todas elas são sempre vividas ou expressas da mesma forma em todas fases da vida do indivíduo (World Health Organization (WHO), 2015; WHO, 2023; Associação para o Planeamento Familiar, 2023).

A mulher, com as diferentes alterações fisiológicas e psicológicas vividas ao longo da sua vida reprodutiva, tende também a sofrer modificações na forma como experiencia a sexualidade. Em algumas etapas do ciclo de vida da mulher, no decurso dos fenómenos vividos, infelizmente, a sexualidade pode implicar vivências tendencialmente problemáticas ou associadas a sentimentos negativos e sensações desconfortáveis, sendo uma delas o período decorrido após um parto vaginal.

Durante o parto vaginal é comum ocorrerem lesões nos tecidos perineais, isto é, trauma perineal. O trauma perineal pode ser compreendido como qualquer lesão ou traumatismo das estruturas do períneo, neste caso durante o parto, desencadeado de forma espontânea (lacerações), realizado de forma intencional (episiotomia) ou ambas (Aasheim et al., 2017). Cerca de 50 a 80% das mulheres que têm um parto vaginal sofrem algum tipo de trauma perineal, seja por realização de episiotomia, ocorrência de lacerações, ou ambas, podendo envolver estruturas como a vagina, lábios, uretra, clitóris, músculos ou esfíncter anal (Beckmann & Stock, 2013; The Royal Women’s Hospital, 2020). As consequências desta lesão tecidual e as complicações inerentes dependem da região e estrutura envolvida e extensão do trauma (Williams et al., 2007).

Segundo a literatura, é frequente que, após um parto vaginal em que ocorreu trauma perineal, a mulher se depare com algumas dificuldades ao retomar a atividade sexual, vivenciando receios e desconfortos diversos, com alterações na autoestima, na libido, prazer, orgasmo, lubrificação e sensação de dor, traduzindo-se em potenciais situações de disfunção sexual com impacto na sua percepção de conforto e bem-estar sexual (Forero-Santacruz, et al., 2021; Santos et al., 2022; Sousa et al., 2021).

No decurso da sua experiência profissional e académica, a autora tem constatado que pouco se fala sobre sexualidade. Para que se promova uma vivência saudável da sexualidade da mulher/casal é necessário reunir as condições necessárias para fornecer à população as informações, esclarecimentos, momentos de apoio e orientação adequados às diversas situações e fases de vida. O enfermeiro é, por excelência, o profissional de saúde na arte do cuidar e possuiu as competências necessárias para intervir junto da mulher/casal com alterações do seu bem-estar, contribuindo para a promoção da saúde (Regulamento nº 190/2015). Acrescido a isto, O EEESMO desenvolve na sua formação aptidões e competências técnicas e relacionais para intervir junto da mulher/casal com alterações no que concerne à saúde sexual e, tem o dever, segundo o descrito no Regulamento nº391/2019 (2019) de desenvolver intervenções que fomentem a vivência de uma sexualidade saudável, designadamente, no período pós-parto.

No entanto, falar sobre sexualidade, e sobretudo sobre as experiências e vivências da mulher/casal no que a isto refere, nem sempre é fácil para a maioria das pessoas, inclusive para os profissionais de saúde, e designadamente os enfermeiros, que evitam abordar o tema por não se sentirem confortáveis com a temática, por desconhecimento ou até mesmo por falta de tempo. Remetendo novamente para a área específica de interesse, a vivência da sexualidade após o parto é um assunto frequentemente diferido ou desvalorizado, focando essencialmente a temática da contraceção e da preconizada abstinência sexual até à consulta de revisão do pós-parto, ficando, assim, a atuação do enfermeiro, muito aquém das suas competências e das necessidades da mulher/casal.

Face à importância da sexualidade na vida e bem-estar do Ser Humano e, a atuação que o EEESMO deve ter neste campo, apesar de tendencialmente descurado, o entusiasmo da autora pela temática e pela tentativa de mudança deste paradigma tem-se intensificado, legitimando o interesse pelo desenvolvimento do projeto aqui apresentado.

Perante o supracitado parece que algumas mulheres sentem dificuldade em retomar a atividade sexual após o parto vaginal com traumatismo perineal e o EEESMO possui competências para intervir neste campo. Assim, considera-se pertinente compreender de que forma a mulher se sente e vivencia a sexualidade após um parto com traumatismo perineal, para, posteriormente, se intervir na promoção do seu bem-estar.

2. CARACTERIZAÇÃO E ESTRUTURA DO ESTUDO

No âmbito da concetualização teoria e regulamentar apresentada anteriormente torna-se relevante desenvolver um estudo cujo objetivo é compreender de que forma a sexualidade é vivenciada pelas mulheres após um parto vaginal com traumatismo perineal. Este estudo será constituído por duas componentes investigativas: uma SR e um trabalho de campo. Desta forma, com a SR, pretende-se mapear a evidência científica mais atual acerca da temática e relacioná-la, posteriormente, com os dados obtidos no trabalho de campo.

Para a concretização da SR, ter-se-á como referência a metodologia do *Joanna Briggs Institute (JBI)* e realizar-se-á uma pesquisa em plataformas de bases de dados científicas como a *EBSCOHost*, *PubMed* e de literatura cinzenta, o *Google Scholar*. No âmbito deste estudo, os **participantes** serão as mulheres, com idade superior a 18 anos, que tenham vivenciado um pós-parto de um parto vaginal com traumatismo perineal (danos dos tecidos perineais e pavimento pélvico com ou sem ocorrência de laceração e/ou realização de episiotomia), os **conceitos** são a mulher, a sexualidade, o parto vaginal e o traumatismo perineal e o **contexto** fica em aberto sem particular especificação. Serão selecionados os artigos científicos que preencham os critérios definidos face aos objetivos do estudo e respondam à questão de pesquisa.

Além disto, pretende-se também, desenvolver um trabalho de campo de paradigma qualitativo descritivo com um tipo de amostra não probabilística por conveniência cuja questão orientadora será: “*Quais as vivências das mulheres relativamente à sexualidade após parto vaginal com traumatismo perineal?*”. Para tal, pretende-se recolher dados através dos relatos de mulheres, relativamente à sua sexualidade, após terem vivenciado um pós-parto de um parto vaginal com trauma perineal. O objetivo desta recolha de dados prende-se com a intenção de identificar de que forma a mulher percecionou e vivenciou a sua sexualidade após ter experienciado um parto vaginal com trauma perineal. Perspetiva-se que este estudo seja desenvolvido durante o estágio em contexto de bloco de partos, às mulheres multigestas, com idade superior a 18 anos, que tenham tido, anteriormente, pelo menos um parto por via vaginal e no qual tenha ocorrido traumatismo perineal (episiotomia e/ou laceração, ou ambas), que estejam internadas no Serviço de Bloco de Partos ou Puerpério e que pretendam participar.

Os dados serão recolhidos através da realização de entrevistas formais, estruturadas em seis blocos temáticos e guiadas por um formulário previamente elaborado (ANEXO I). Este guião de entrevista servirá para orientar a entrevistadora para a realização das perguntas. As entrevistas incluirão perguntas relativas à forma como a mulher viveu a sexualidade, os eventuais desconfortos

sentidos, o impacto que teve seu conforto e bem-estar sexual e a sua percepção da abordagem do enfermeiro relativamente a isto. As entrevistas serão realizadas individualmente, num espaço físico que garanta a privacidade da participante e gravadas com recurso ao telemóvel da entrevistadora (apenas o áudio). Cada mulher será entrevistada apenas uma vez. Será solicitada autorização à participante para que, durante a entrevista, seja tratada pelo nome próprio, e cada entrevista será identificada com um número, de acordo com a ordem de realização. A gravação de áudio será posteriormente transcrita por escrito, onde a participante passa a ser identificada pelo número atribuído à entrevista. A informação transcrita será posteriormente analisada pela investigadora principal. A informação recolhida será utilizada exclusivamente para fins académicos. As entrevistas serão cuidadosamente guardadas e no final da elaboração do estudo, apagadas. Desta forma, garante-se a privacidade e o sigilo face à identidade das participantes e informações partilhadas.

Será uma preocupação a salvaguarda dos direitos fundamentais das participantes, prevalecendo em todas as instâncias o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade e à proteção contra o desconforto e o prejuízo. As entrevistas serão realizadas garantindo as condições de privacidade necessárias e as participantes serão, sem coerção, informadas da finalidade das entrevistas, dos termos da sua realização e serão questionadas acerca da sua intenção de, por livre vontade, participar no estudo. Neste sentido, ser-lhes-á apresentado, e solicitado que assinem, um consentimento informado (ANEXO II) onde constam estas informações e se requer autorização para que as informações partilhadas, de forma anónima, sejam divulgadas e utilizadas para fins académicos e de caráter investigativo.

Para a realização do trabalho de campo no contexto de estágio, será solicitada autorização ao Conselho de Administração e Comitê de Ética da Instituição de Saúde onde este irá decorrer. Serão também ocultadas quaisquer informações que identifiquem as participantes ou a Instituição de Saúde em causa. Os dados recolhidos incluirão apenas os considerados relevantes para a realização do estudo.

Posto isto, preconiza-se que, para a elaboração da componente de investigação no contexto de estágio serão considerados os termos enunciados no Código Deontológico dos Enfermeiros, nas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, nas Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

As atividades inerentes ao desenvolvimento do estudo e concretização da presente Dissertação de Mestrado encontram-se dispostas no cronograma apresentado no ANEXO III.

CONCLUSÃO

O presente documento demonstra-se fundamental para a apresentação da intenção e pertinência do estudo, bem como as nuances da sua realização.

A elaboração precoce dos instrumentos a utilizar na componente de investigação, nomeadamente o consentimento informado à mulher e o guião de entrevista, demonstram-se pertinentes na organização dos conteúdos e considerações éticas relevantes para a sua consecução de forma útil e adequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A. B., Lukasse, M., & Reinar, L. M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 13(6), 1-85
- Associação para o Planeamento Familiar. (2023, outubro 5). Sexualidade. Recuperado em 5 de outubro, 2023, de <https://apf.pt/informacao-tematica/sexualidade/>
- Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 30(4), 1-50. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005123.pub3>
- Forero-Santacruz, A. M., Moncunill-Martínez, E., Dios-Aguado, M., Gradellini, C., Soto-Fernández, I., & Gómez-Catarino, S. (2021). Experiências e experiências sexuais de mulheres no pós-parto: O papel de mãe e amante. In A. M. A. Frias, & C. C. Agostinho (Eds.), *A obra prima: A arte de cuidar no início da vida* (pp. 166-179). Editora Científica Digital. <https://www.editoracientifica.com.br/artigos/experiencias-e-experiencias-sexuais-de-mulheres-pos-parto-o-papel-de-mae-e-amante>
- Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II série, nº 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II série, nº 79. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 85. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
- Santos, D. A., Almeida, G. C., Bonfim, I., & Maia, J. S. (2022). Fatores associados à disfunção sexual feminina pós-parto. *Revista Científica de Enfermagem*, 12(39), 218- 225. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.39.218-225>
- Sousa, F. A., Pereira, J. M., Markus, G. W. S., Silva, K. C. C., Couto, G. B. F., Pereira, R. A., Dias, A. K., & Santos, J. M. (2021). Sexualidade no pós-parto: percepção das mulheres e atuação da enfermagem. *Scire Salutis*, 11(3), 61-68. <https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2021.003.0009>
- The Royal Women's Hospital. (2020). Perineal trauma assessment, repair and safe practice. https://thewomens.r.worldssl.net/images/uploads/downloadable-records/clinical-guidelines/perineal-trauma-assessment-repair-and-safe-practice_280720.pdf
- Williams, A., Herron-Marx, S., & Carolyn, H. (2007). The prevalence of enduring postnatal perineal

morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery*, 23(4), 392-403.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01593.x>

WHO. (2015). Sexual health, human rights and the law.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf?sequence=1

WHO. (2023, outubro 5). Sexual health. Recuperado em 5 de outubro, 2023, de
https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de entrevista/Caderno de recolha de dados

Caderno de Recolha de Dados

Tema: A vivência da sexualidade após parto vaginal com traumatismo perineal: a perspetiva da mulher.

Objetivo: Compreender de que forma a mulher vivenciou e percecionou a sua própria sexualidade após ter tido um parto vaginal com traumatismo perineal, bem como a intervenção do enfermeiro relativamente a isto.

Participantes: Mulheres multigestas, com idade superior a 18 anos, que tenham tido, anteriormente, pelo menos um parto por via vaginal e no qual tenha ocorrido traumatismo perineal (episiotomia e/ou laceração, ou ambas), que estejam internadas no Serviço de Bloco de Partos ou Puerpério e que pretendam participar.

Local: Serviço de Bloco de Partos e Internamento de Obstetrícia

Material: gravador (telemóvel da investigadora); cadeiras; sala que confira privacidade para realização da entrevista

Organização da entrevista por blocos temáticos

Blocos temáticos	Objetivo(s)	Orientação para formulação de perguntas	Questões/Observações *
1. Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> Contextualizar o tema do estudo; Identificar a disponibilidade e o interesse da participante em colaborar no estudo; 	<ul style="list-style-type: none"> Abordagem da participante e apresentação da entrevistadora; Transmissão de informações sobre o estudo, entregando o documento de consentimento informado à participante onde consta: <ul style="list-style-type: none"> - Objetivo do estudo; - Decurso da entrevista; 	Apresentação e esclarecimento a respeito do estudo. Apresentação do consentimento informado, solicitando assinatura da participante após leitura e esclarecimento a respeito de todas as informações constantes no documento.

	<ul style="list-style-type: none"> Requer autorização da participante para utilização dos dados recolhidos para fins académicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Garantia de anonimato e confidencialidade; Possibilidade de interrupção da entrevista a qualquer momento; Garantia de inexistência de quaisquer consequências em recusar a participação; Pedido de autorização para gravação áudio da entrevista; Pedido de autorização para utilização dos dados recolhidos. 	
2. Vivências experienciadas	<ul style="list-style-type: none"> Recolher dados a respeito das vivências sexuais experienciadas após o parto vaginal com traumatismo perineal 	<ul style="list-style-type: none"> Questionar sobre as experiências sexuais e o que sentiu quando retornou à atividade sexual após ter sofrido traumatismo perineal Questionar se o traumatismo perineal interferiu com o seu conforto e bem-estar sexual; Questionar a respeito de sensações de medo ou ansiedade face a atividade sexual e a sua percepção do motivo associado; Questionar como se sentiu relativamente ao aspeto do seu períneo. 	<ul style="list-style-type: none"> Quanto tempo após o parto retornou à atividade sexual? O que sentiu? Alguma vez teve "medo" ou "ansiedade" da atividade sexual? Porquê? Como se sentiu relativamente ao aspeto do seu períneo?
3. Estratégias adotadas	<ul style="list-style-type: none"> Recolher dados a respeito das eventuais estratégias adotadas pela mulher/casal para conseguir ultrapassar as alterações na vivência da sexualidade 	<ul style="list-style-type: none"> Questionar quais as estratégias que adotou, caso tenha sofrido alterações na sua vivência sexual, para ultrapassar essas dificuldades; Questionar se conseguiu contornar as dificuldades sexuais vivenciadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Quais as estratégias que adotou para diminuir os desconfortos sentidos (sozinha e/ou em casal)? Considera que conseguiu contornar os desconfortos?

4. Impacto do traumatismo perineal na vivência sexual	<ul style="list-style-type: none"> Recolher dados a respeito do eventual impacto que o traumatismo perineal teve no conforto e vivência sexual 	<ul style="list-style-type: none"> Questionar se o traumatismo perineal teve impacto no seu conforto e bem-estar sexual; Questionar se as vivências sexuais decorrentes do traumatismo perineal interferiram na sua relação conjugal. 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Afetou a sua relação conjugal?</i> <i>O traumatismo perineal afetou o seu conforto e bem-estar sexual? Como?</i>
5. Comparação da vivência sexual antes e após o traumatismo perineal	<ul style="list-style-type: none"> Recolher dados a respeito da vivência sexual da mulher, comparativamente, antes e após o traumatismo perineal 	<ul style="list-style-type: none"> Questionar sobre a satisfação da sexualidade da mulher antes do traumatismo perineal; Questionar se voltou a ter a mesma satisfação; Questionar o que mudou na vivência sexual após o traumatismo sexual; 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Sentia satisfação na vivência da sua sexualidade antes do parto?</i> <ul style="list-style-type: none"> <i>Considera que voltou a ter a mesma de satisfação sexual após o parto?</i> <i>O que sente que mudou?</i>
6. Papel do enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> Recolher dados a respeito da intervenção do enfermeiro relativamente a eventuais alterações na vivência da sexualidade 		<ul style="list-style-type: none"> <i>Alguma vez pediu ajuda ou esclarecimentos a algum profissional de saúde a respeito de eventuais desconfortos sentidos? O que esperava?</i> <i>Algum enfermeiro lhe explicou (antes ou após o parto) que, associado ao traumatismo perineal poderiam surgir desconfortos quando retornasse a atividade sexual?</i> <i>Algum enfermeiro, após o parto, questionou como estava a ser retornar à atividade sexual?</i> <i>Alguma vez algum enfermeiro lhe explicou quais os cuidados a adotar após traumatismo perineal de forma a proporcionar uma vivência mais confortável da sexualidade após o parto?</i>

*As questões apresentadas referentes a cada bloco temático, e no que concerne aos aspetos de interesse, serão colocadas conforme fluência do discurso e da entrevista realizada. Assim, não existe obrigatoriedade de realizar as questões pela ordem apresentada na tabela anterior, salvaguardando, no entanto, que todas elas serão feitas.

Consentimento informado para participação no estudo – Informação à parturiente

“A vivência da sexualidade após parto vaginal com traumatismo perineal:

A perspetiva da mulher”

O meu nome é Joana Patrícia Pereira Cesário, sou enfermeira de cuidados gerais no serviço de internamento de Ginecologia e Obstetrícia. Atualmente encontro-me a frequentar 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém, sob a orientação da Professora Teresa Carreira.

O estudo em desenvolvimento consiste na recolha de dados relativos à vivência da sexualidade da mulher que sofreu um traumatismo perineal, nomeadamente com episiotomia e episiorrafia e/ou laceração e perineorrafia. Com este estudo pretende-se compreender de que forma a mulher vivenciou e percecionou a sua própria sexualidade após ter tido um parto vaginal com traumatismo perineal, bem como a intervenção do enfermeiro relativamente a isto, de forma a desenvolver estratégias para melhorar a prestação de cuidados às puerperas.

Participantes: seleciona-se mulheres com idade superior a 18 anos, que tenham tido, anteriormente - numa gravidez anterior - um parto por via vaginal com traumatismo perineal (laceração ou episiotomia) e tenham interesse em partilhar com a investigadora a sua experiência de vivência sexual após o trauma perineal.

Procedimento: realização de uma entrevista no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, assegurando as condições de privacidade adequadas ao propósito; nesta entrevista ser-lhe-ão solicitadas algumas informações sobre si, nomeadamente no que concerne à sua perceção da sexualidade após o trauma perineal. As entrevistas incluirão perguntas relativas à forma como a mulher viveu a sexualidade, os eventuais desconfortos sentidos, o impacto que teve seu conforto e bem-estar sexual e a sua perceção da abordagem do enfermeiro relativamente a isto. As entrevistas serão realizadas oralmente e gravadas com recurso ao telemóvel da entrevistadora (apenas o áudio). Cada mulher será entrevistada apenas uma vez.

Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos resultados da mesma através da consulta pública do relatório ou contactando-me diretamente através do *email* 220001023@essaude.ipsantarém.pt ou

Participação: é voluntária e só deve aceitá-la depois de ler o presente consentimento e estar devidamente esclarecida, podendo para isso colocar todas as questões que pretender. Se aceitar colaborar, pedir-lhe-ei que assine o presente consentimento informado e esclarecido, onde confirma que está de acordo em participar. Não se considera a existência de benefícios nem riscos associados à participação no estudo. A

participação no estudo não implica qualquer compensação ou remuneração. Considere que pode recusar ser entrevistada, recusar a responder a qualquer questão ou parar a entrevista quando quiser, o que não irá implicar quaisquer consequências para si ou sobre os cuidados a ser prestados.

Confidencialidade: as entrevistas serão realizadas individualmente, num espaço físico que garanta a privacidade da participante. Será solicitada autorização à participante para que durante a entrevista seja tratada pelo nome próprio, e cada entrevista será identificada com um número, de acordo com a ordem de realização. A gravação será posteriormente transcrita por escrito, onde a participante passa a ser identificada pelo número atribuído à entrevista. A informação transcrita será posteriormente analisada pela investigadora principal. A informação recolhida será utilizada exclusivamente para fins académicos. As entrevistas serão cuidadosamente guardadas e no final da elaboração do estudo, apagadas. Desta forma, garante-se a privacidade e o sigilo face à identidade das participantes e informações partilhadas.

O presente estudo foi sujeito a aprovação pelo Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que relativamente ao estudo a desenvolver pela Enf.ª Joana Cesário, com o título "*A vivência da sexualidade após um parto vaginal com traumatismo perineal: A perspetiva da mulher*", fui informada sobre o âmbito, os objetivos, o procedimento, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e o caráter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas, tendo lido e percebido o documento "Informação ao Participante". Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias às quais obtive resposta satisfatória e com a minha assinatura aceito participar no estudo e autorizo a gravação áudio da entrevista.

(Assinatura da participante)

___/___/___

(Data)

(Assinatura da enfermeira – mostrada do 9º CMESMO da ESSSantarém)

___/___/___

(Data)

(Voto para a participante)

APÊNDICE III – cronograma de atividades



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

9º CURSO DE Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

UNIDADE CURRICULAR DE ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Ano	2023												2024												2025													
Mês	set		out		nov		dez		jan		fev		mar		abr		mai		jun		jul		ago		set		out		nov		dez		jan		fev		mar	
Quinzena	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
Tarefa	Q		Q		Q		Q		Q		Q		Q		Q		Q		Q		Q		Q		Q		Q		Q		Q		Q		Q		Q	
Pesquisa bibliográfica																																						
Elaboração do Projeto da DM																																						
Elaboração da DM																																						
Elaboração do instrumento de colheita de dados (guião de entrevista)																																						
Elaboração do consentimento informado																																						
Pedido de autorização à Instituição																																						
Pesquisa em bases de dados dos artigos para análise																																						
Elaboração do PRISMA da SR																																						
Seleção dos artigos elegíveis para a SR																																						
Análise dos artigos elegíveis para a SR																																						
Realização das entrevistas às participantes																																						
Análises dos dados recolhidos nas entrevistas																																						
Apresentação, análise e discussão dos dados recolhidos																																						
Conclusões e sugestões																																						
Elaboração do relatório de atividades																																						
Entrega da DM																																						
Preparação da defesa pública da DM																																						
Defesa pública da DM																																						

Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém



INFORMAÇÃO PARA DESPACHO

De: Presidente do Conselho de Administração N.º: 40/PD/CA Data: 12-03-2024 Pág: _____

Para: Conselho de Administração

Cc: _____

Assunto: Estudo "A vivência da sexualidade após parto vaginal com traumatismo perineal: A perspetiva da mulher" – Enf.ª Joana Patrícia Pereira Cesário

PARECER	OPINIÃO	DESPACHO
<i>[Faint handwritten text]</i>	<i>[Faint handwritten text]</i>	<i>[Faint handwritten text]</i>

[Signature]
Fábio Ribeiro

Com base na nota interna da Coordenadora Executiva do CIC e nos pareceres do Encarregado de Proteção de Dados e da Comissão de Ética, em anexo, coloco à consideração do Conselho de Administração a proposta de estudo subordinada ao tema "A vivência da sexualidade após parto vaginal com traumatismo perineal: A perspetiva da mulher", tendo como investigadora a Enfermeira Joana Patrícia Pereira Cesário.

o Presidente do Conselho de Administração

[Signature]

Caderno de Recolha de Dados

Tema: A vivência da sexualidade após parto vaginal com trauma perineal: a perspetiva da mulher.

Objetivo: Compreender de que forma a mulher vivenciou e percecionou a sua própria sexualidade após ter tido um parto vaginal com trauma perineal, bem como a intervenção do enfermeiro relativamente a isto.

Participantes: Mulheres multigestas, com idade superior a 18 anos, que tenham tido, anteriormente, pelo menos um parto por via vaginal e no qual tenha ocorrido trauma perineal (episiotomia e/ou laceração, ou ambas), que estejam internadas no Serviço de Bloco de Partos ou Puerpério e que pretendam participar.

Local: Serviço de Bloco de Partos e Internamento de Obstetrícia

Material: gravador (telemóvel da investigadora); cadeiras; sala que confira privacidade para realização da entrevista

Organização da entrevista por blocos temáticos

Blocos temáticos	Objetivo(s)	Orientação para formulação de perguntas	Questões/Observações *
I. Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Contextualizar o tema do estudo; • Identificar a disponibilidade e o interesse da participante em colaborar no estudo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem da participante e apresentação da entrevistadora; • Transmissão de informações sobre o estudo, entregando o documento de consentimento informado à participante onde consta: <ul style="list-style-type: none"> - Objetivo do estudo; - Decurso da entrevista; 	<p>Apresentação e esclarecimento a respeito do estudo. Apresentação do consentimento informado, solicitando assinatura da participante após leitura e esclarecimento a respeito de todas as informações constantes no documento.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Requer autorização da participante para utilização dos dados recolhidos para fins académicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Garantia de anonimato e confidencialidade; Possibilidade de interrupção da entrevista a qualquer momento; Garantia de inexistência de quaisquer consequências em recusar a participação; Pedido de autorização para gravação áudio da entrevista; Pedido de autorização para utilização dos dados recolhidos. 	
2. Vivências experienciadas	<ul style="list-style-type: none"> Recolher dados a respeito das vivências sexuais experienciadas após o parto vaginal com trauma perineal 	<ul style="list-style-type: none"> Questionar sobre as experiências sexuais e o que sentiu quando retornou à atividade sexual após ter sofrido trauma perineal Questionar a respeito de sensações de medo ou ansiedade face a atividade sexual e a sua percepção do motivo associado; Questionar como se sentiu relativamente ao aspeto do seu períneo. 	<ul style="list-style-type: none"> Quanto tempo após o parto retornou à atividade sexual? O que sentiu? Alguma vez teve “medo” ou “ansiedade” da atividade sexual? Porquê? Como se sentiu relativamente ao aspeto do seu períneo?
3. Estratégias adotadas	<ul style="list-style-type: none"> Recolher dados a respeito das eventuais estratégias adotadas pela mulher/casal para conseguir ultrapassar as alterações na vivência da sexualidade 	<ul style="list-style-type: none"> Questionar quais as estratégias que adotou, caso tenha sofrido alterações na sua vivência sexual, para ultrapassar essas dificuldades; Questionar se conseguiu contornar as dificuldades sexuais vivenciadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Quais as estratégias que adotou para diminuir os desconfortos sentidos (sozinha e/ou em casal)? Considera que conseguiu contornar os desconfortos?
4. Impacto do trauma perineal	<ul style="list-style-type: none"> Recolher dados a respeito do eventual impacto que o trauma 	<ul style="list-style-type: none"> Questionar se o trauma perineal teve impacto no seu conforto e bem-estar sexual; 	<ul style="list-style-type: none"> Afetou a sua relação conjugal? O trauma perineal afetou o seu conforto e bem-estar sexual? Como?

na vivência sexual	perineal teve no conforto e vivência sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Questionar se as vivências sexuais decorrentes do trauma perineal interferiram na sua relação conjugal. 	
5. Comparação da vivência sexual antes e após o trauma perineal	<ul style="list-style-type: none"> • Recolher dados a respeito da vivência sexual da mulher, comparativamente, antes e após o trauma perineal 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionar sobre a satisfação da sexualidade da mulher antes do trauma perineal; • Questionar se voltou a ter a mesma satisfação; • Questionar o que mudou na vivência sexual após o trauma sexual; 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sentia satisfação na vivência da sua sexualidade antes do parto?</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Considera que voltou a ter a mesma de satisfação sexual após o parto?</i> ○ <i>O que sente que mudou?</i>
6. Papel do enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Recolher dados a respeito da intervenção do enfermeiro relativamente a eventuais alterações na vivência da sexualidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionar sobre pedidos de apoio e esclarecimentos a profissionais de saúde; • Questionar se algum enfermeiro, em algum momento, abordou a respeito de eventuais cuidados a adotar perante o trauma perineal e possíveis desconfortos; • Questionar se algum enfermeiro abordou a temática da sexualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Alguma vez pediu ajuda ou esclarecimentos a algum profissional de saúde a respeito de eventuais desconfortos sentidos? O que esperava?</i> • <i>Algum enfermeiro lhe explicou (antes ou após o parto) que, associado ao trauma perineal poderiam surgir desconfortos quando retornasse a atividade sexual?</i> • <i>Algum enfermeiro, após o parto, questionou como estava a ser retornar à atividade sexual?</i> • <i>Alguma vez algum enfermeiro lhe explicou quais os cuidados a adotar após trauma perineal de forma a proporcionar uma vivência mais confortável da sexualidade após o parto?</i>

*As questões apresentadas referentes a cada bloco temático, e no que concerne aos aspetos de interesse, serão colocadas conforme fluência do discurso e da entrevista realizada. Assim, não existe obrigatoriedade de realizar as questões pela ordem apresentada na tabela anterior, salvaguardando, no entanto, que todas elas serão feitas.

Consentimento informado para participação no estudo – Informação à parturiente

“A vivência da sexualidade após parto vaginal com traumatismo perineal:

A perspetiva da mulher”

O meu nome é Joana Patrícia Pereira Cesário, sou enfermeira de cuidados gerais no serviço de internamento de Ginecologia e Obstetrícia. Atualmente encontro-me a frequentar 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém, sob a orientação da Professora Teresa Carreira.

O estudo em desenvolvimento consiste na recolha de dados relativos à vivência da sexualidade da mulher que sofreu um traumatismo perineal, nomeadamente com episiotomia e episiorrafia e/ou laceração e perineorrafia. Com este estudo pretende-se compreender de que forma a mulher vivenciou e percecionou a sua própria sexualidade após ter tido um parto vaginal com traumatismo perineal, bem como a intervenção do enfermeiro relativamente a isto, de forma a desenvolver estratégias para melhorar a prestação de cuidados às puérperas.

Participantes: seleciona-se mulheres com idade superior a 18 anos, que tenham tido, anteriormente - numa gravidez anterior - um parto por via vaginal com traumatismo perineal (laceração ou episiotomia) e tenham interesse em partilhar com a investigadora a sua experiência de vivência sexual após o trauma perineal.

Procedimento: realização de uma entrevista no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, assegurando as condições de privacidade adequadas ao propósito; nesta entrevista ser-lhe-ão solicitadas algumas informações sobre si, nomeadamente no que concerne à sua percepção da sexualidade após o trauma perineal. As entrevistas incluirão perguntas relativas à forma como a mulher viveu a sexualidade, os eventuais desconfortos sentidos, o impacto que teve seu conforto e bem-estar sexual e a sua percepção da abordagem do enfermeiro relativamente a isto. As entrevistas serão realizadas oralmente e gravadas com recurso ao telemóvel da entrevistadora (apenas o áudio). Cada mulher será entrevistada apenas uma vez.

Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos resultados da mesma através da consulta pública do relatório ou contactando-me diretamente através do *email* 220001023@essau.de.ipsantarém.pt ou joana.cesario@ipsantarém.pt

Participação: é voluntária e só deve aceitá-la depois de ler o presente consentimento e estar devidamente esclarecida, podendo para isso colocar todas as questões que pretender. Se aceitar colaborar, pedir-lhe-ei que assine o presente consentimento informado e esclarecido, onde confirma que está de acordo em participar. Não se considera a existência de benefícios nem riscos associados à participação no estudo. A

APÊNDICE VII – Análise do conteúdo das entrevistas

Tema	Categoria	Sub-categoria	Indicadores/ unidades de registo	Unidades de contexto
Sexualidade após trauma perineal	Vivências experienciadas	Recolha de dados a respeito de como foi retomar a vivência sexual, se a mulher teve percepção de medo ou ansiedade face a esse momento e se a alteração do aspeto do períneo teve influência	Experiência	<p><i>“(...) eu acho que aconteceu tudo naturalmente. (...) na primeira gravidez foi uma recuperação mais difícil, muito mais dolorosa, muito mais demorada e, portanto foi um processo mais longo.” (E1)</i></p> <p><i>“O primeiro parto foi instrumentado. Efetivamente foi mais traumático, tanto física como psicologicamente, sem dúvida alguma. (...) daí que eu consigo distinguir que o regresso à vida sexualmente ativa com o meu parceiro foi mais fácil na segunda vez (...)”. (E1)</i></p> <p><i>“foi difícil porque não estava preparada (...) não estava lubrificada (...) fatores que não ajudaram a que fosse um reinício muito fácil” (E2)</i></p> <p><i>“ A gente foi experimentando. A nossa vida sexual ainda demorou alguns meses mas fomos experimentando uma vez, fomos experimentando outra...” (E2)</i></p> <p><i>“Não foi nada fácil.” (E4)</i></p> <p><i>“Do primeiro, (...) foi muito difícil porque a recuperação foi mais complicada. (...) até para fazer a revisão pós-parto esperei mais um bocadinho porque tinha medo que me tocassem por baixo.” (...) Do segundo parto a recuperação foi mais rápida. (E6)</i></p> <p><i>“Avancei quando estava preparada. Apesar de me contrair, inicialmente (...)” (E6)</i></p> <p><i>“(- Acha que a dor que sentiu a suturar, depois quando retomou a vida sexual teve impacto?) - Teve, teve! (- Revia isso muitas vezes e isso assustava-a?) – Sim! (...) eu acho que vem muito do que nós passamos na altura do parto que fica ali marcado (...)” (E6)</i></p> <p><i>“(- Estou a senti-la com uma lagrimazita no canto do olho.) – Não é fácil”. (E6)</i></p>
			Tempo decorrido	<p><i>“Eu respeitei o meu tempo... Para o satisfazer? Não. Nem tinha essa capacidade sequer... Nem física nem emocional.” (E1)</i></p> <p><i>“Não sei dizer ao certo... Mas mais de um mês seguramente. Muito mais.” (E1)</i></p> <p><i>“A partir do momento em que eu senti que era capaz, aconteceu.” (E1)</i></p> <p><i>“O tempo ao certo, não sei. Mas, se calhar, aí uns 15 dias. (...) (- Porque assim insistiu que fosse ou foi porque a vontade surgiu?) – Não, não, não! Porque, sei lá... Aconteceu.” (E3)</i></p>

			<p>“(...) sei lá... uns 50 dias praí, uma coisa do género.” (E4)</p> <p>“(...) um mês e tal. Quase dois.” (E5)</p>
		Dor	<p>“(...) era mesmo, mesmo dolorosa na primeira vez.” (E1)</p> <p>“Foi doloroso, portanto das primeiras vezes em que regressámos foram dolorosas (...)”</p> <p>“A nossa vida sexual ainda demorou alguns meses mas fomos experimentando (...) (- E o que é que acontecia?) - Tinha mais dores.” (E2)</p> <p>“E parece que que fica sempre aquela sensação que arde. Arde e fica a doer na mesma.” (E3)</p> <p>“Parece que fica sempre a sensação do dor e do arder.” (E3)</p> <p>“É tipo aquela sensação... não é dor de doer, era desconfortável.” (E3)</p> <p>“Do primeiro parto tive muitas dores, um desconforto que ainda durou alguns anos. (...) claro que vai melhorando... em relação ao segundo parto, ai já não senti qualquer fragilidade ao retomar a vida sexual.” (E4)</p> <p>“(...) parece que ficou tipo um caroço e sempre que tocava causava um desconforto.” (E4)</p> <p>“Ao início doeu um bocadinho mas nunca tive dores nenhuma.” (E5)</p> <p>“Era uma dor assim, como se fosse a primeira vez.” (E5)</p> <p>(a cicatriz) “Ficou sensível.” (E5)</p> <p>“Contraia-me muito e custava-me mais porque até parecia que em termos de penetração, era mais difícil porque eu acabava por contrair e acabava por doer.” (E6)</p> <p>“Uiii! (- muito intensa?) – um bocado” (E6)</p> <p>“(- Em retrospectiva, acha que do segundo parto, em termos de dor e sofrimento, ansiedade...) – Não teve nada a haver. Já não tive nada disso. Mesmo quando foi, se calhar a primeira vez a gente tem sempre receio, mas não fiquei nada contraída, não me doeu.” (E6)</p>
			<p>“Era a penetração em si, portanto a parte mais interna e a fricção na parte da ferida.” (E1)</p> <p>“Era... mais exterior. Portanto, mais com a fricção na zona da ferida.” (E1)</p> <p>“(...) ao iniciar a penetração.” (E2)</p>

				<p><i>"(...) mesmo onde foi os pontos" (E3)</i></p> <p><i>"Na penetração doía um bocadinho dependendo da posição, não é? Se tivesse mais lateral, doía... hoje em dia, (...) quando fico com a pele mais sensível..." (E4)</i></p> <p><i>"(...) dor quando tocava." (E4)</i></p> <p><i>"Era mesmo na penetração... quando passava na zona que tinha o corte. (...) a cicatriz." (E5)</i></p> <p><i>"Eu parecia que sentia que não conseguia abrir, parecia que ficava fechada... Com a penetração quando tentava parecia que havia ali um bloqueio e só fazendo um bocadinho mais de força é que conseguia haver mesmo a penetração." (E6)</i></p>
			Medo ou ansiedade	<p><i>"Senti medo. (...) Na penetração." (E1)</i></p> <p><i>"Lá está, não me sentia tão lubrificada e logo influenciava que tivesse medo de uma próxima vez" (E2)</i></p> <p><i>"(sentia ansiedade e medo cada vez que pensava que ia tentar novamente?) - Sim, sim, sim, sim... claro!" (E2)</i></p> <p><i>"Sempre com medo, pronto." (E3)</i></p> <p><i>"Às vezes." (E3)</i></p> <p><i>"Quando foi da segunda, se calhar quando foi a retomar estava com medo (...)"(E4)</i></p> <p><i>"Tinha algum receio... mas isto os primeiros tempos , depois foi passando..." (E4)</i></p> <p><i>"Sim! Sim! Estava com aquele receio, a primeira vez que pudesse doer." (E5)</i></p> <p><i>"Era por medo, sim!" (...) Medo de tudo! Porque para mim, os pontos poderiam ainda não estar em condições... mas isso vem da nossa cabeça." (E6)</i></p> <p><i>(medo que a sutura abrisse) "Isso mesmo. Sim, sim, sim!" (E6)</i></p>
			Impacto da alteração do aspeto do períneo	<p><i>"Não." (E1)</i></p> <p><i>"Não, isso não. " (E2)</i></p>

				<p><i>“Não.” (E3)</i></p> <p><i>“Não.” (E4)</i></p> <p><i>“Não. Tudo normal.” (E5)</i></p> <p><i>“Não, não! (...) Não me fez diferença, não.” (E6)</i></p>
Estratégias adotadas	Recolha de dados a respeito de estratégias utilizadas para diminuir os desconfortos e se essas estratégias surtiram o efeito pretendido para ultrapassar as dificuldades	Estratégias		<p><i>“(...) foi apenas ter mais cuidado ali a nível da penetração.” (E1)</i> (lubrificante) <i>“Às vezes já o fazíamos, mas nessa altura, quando verificávamos alguma dificuldade, recorriamos frequentemente.” (E1)</i></p> <p><i>“Adaptávamos os nossos corpos. (...) e as nossas posições.”</i></p> <p><i>“Muita conversa. Também com lubrificantes.” (E2)</i></p> <p><i>“Até comprámos um lubrificante e aquilo começou a arder e eu acho que também não... Lá está, não devia ser o indicado. E pronto também foi um dos fatores que se calhar... não tentámos depois mais...” (E2)</i></p> <p><i>“Não (...) é claro que quando começámos e eu via que estava a doer, parávamos, não é? Não íamos insistir e fazer à força.” (E3)</i></p> <p><i>“(...) começámos a arranjar posições que não me colocassem tão desconfortável.” (E4)</i></p> <p><i>“O posicionamento na relação sexual.” (E4)</i></p> <p><i>“E conversávamos imenso (...)” (E4)</i></p> <p><i>“Eu fiz fisioterapia... depois e antes da segunda filha nascer... fiz fisioterapia para tentar melhorar a elasticidade.” (E4)</i></p> <p><i>“Utilizar um bocadinho mais de lubrificante (...) E o lubrificante ajuda o “escorregar”.” (E5)</i></p> <p><i>“Tive de começar a ter o trabalho de relaxar para não ser dolorosa... porque como me contraía...” (E6)</i></p> <p><i>“(...) depois também foi um bocadinho um trabalho mental para aliviar o stress e esse tipo de ansiedade porque mais aquela ansiedade de vir a ter a dor do que ter mesmo a dor.” (E6)</i></p>

				<p><i>“Se calhar demorava mais empo em termos de preliminares para tentar descontraír para tentar que houvesse puma penetração sem dor e estar relaxada.” (E6)</i></p>
			<p>Efeito obtido da aplicação das estratégias</p>	<p><i>“(...) com o devido cuidado acabavam por ser prazerosas.” (E1)</i> <i>“(...) o prazer era atingido. Sempre.” (E1)</i></p> <p><i>“(acha que foram suficientes?) – Não... Acho que mesmo assim tínhamos... Lá está, cada vez que íamos tentando... Eu pelo menos tinha dor e falta de lubrificação. Porque isso (utilização de lubrificante adequado) só nos foi dito mais tarde.” (E2)</i></p> <p><i>“Ele acabava por esvanecer. Acabava por desaparecer.” (E4)</i> <i>“Conseguimos.” (E4)</i></p> <p><i>“Sim, sim!” (E5)</i></p>
	<p>Impacto do trauma perineal na vivência sexual</p>	<p>Recolha de dados face ao impacto que o trauma perineal teve no bem-estar sexual da mulher e na relação conjugal</p>	<p>Impacto no bem-estar e vivência sexual</p>	<p><i>“O desejo, eu posso dizer que também demorou par regressar.” (E1)</i> <i>“Afetou.” (E1)</i></p> <p><i>“Sim, sem dúvida.” (E2)</i> <i>“(...) muito menos desejo sexual. Também influenciou. Lá está, também poderia estar relacionado com o medo, com o trauma em si.” (E2)</i></p> <p><i>“Obviamente que o medo que a dor aparecesse acabou por ter algum impacto. Principalmente nos primeiros tempos. (...) mesmo que seja de forma inconsciente, acaba por não se estar num momento pleno.” (E4)</i></p> <p><i>“Um bocado porque há sempre aquele medo de a dar não passar (...)” (E6)</i> <i>“(- Mas considera que sofreu?) – Sim!” (E6)</i> <i>“(- acabou por afetar o seu desejo sexual?) - Sim, inicialmente sim. (...) Podia ter vontade mas, acabava por me contrair...” (E6)</i></p>

				<p><i>“Não sei...” (E3)</i> <i>“Não porque vá (...) Quando toca a primeira faz aquele desconforto e aquele ardor mas depois parece que me começo a habituar ...” (E3)</i></p>
			Impacto na relação conjugal	<p><i>“Eu acho que isso (...) afeta sempre a relação de um casal. (...) É um acumular.” (E2)</i></p> <p><i>“Não, de todo!” (E1)</i> <i>“Não, não.” (E3)</i> <i>“Não...” (E4)</i> <i>“Não.” (E5)</i> <i>“Não, isso não.” (E6)</i></p>
			Atitude do companheiro	<p><i>“(...) havia o respeito por parte dele.” (E1)</i> <i>“Ele teve sempre respeito, teve sempre consideração.” (E1)</i></p> <p><i>“E o João sempre teve imenso cuidado e atenção (...) para eu me sentir confortável” (E4)</i></p> <p><i>“(...) ele também nunca insistiu quando eu não conseguia. Ele sempre respeitou por isso nunca tivemos esse problema.” (E6)</i> <i>“Devagarinho... o meu parceiro teve de compreender.” (E6)</i></p>
	Comparação da vivência sexual antes e após o trauma perineal	Recolha de dados a respeito da satisfação sexual, comparativamente antes e após o trauma perineal	Satisfação sexual recuperada	<p><i>“Não. Há diferenças. Não te consigo efetivamente dizer se é por uma questão de idade, maturidade, se é por uma questão física (...), mas há diferenças a nível do desejo e prazer sexual.” (E1)</i></p> <p><i>“Sim.” (E2)</i> <i>“(...) agora não sinto nada.” (E6)</i></p>

				<i>"Sim. Não tenho problemas nenhuns."</i> (E6)
			Desconfortos mantidos	<i>"Não! Mas ainda foram uns bons meses ou se calhar um ano até iniciarmos totalmente a vida sexual como antes."</i> (E2)
				<i>"E posso dizer que na mesma zona, ainda hoje tenho dor."</i> (E1) <i>"Sim (...) Não sei se é por causa da costura que eu tenho aqui (relativo ao parto anterior) (...) É mesmo só nessa que me dói."</i> (E3) <i>" Não é dor, dor, dor... Uma dor eu se diga assim ""não aguento"". (...) É só um desconforto, sim. Temos sempre aquela coisa."</i> (E3) <i>"Porque às vezes, até aquele líquido que toca lá, faz o ardor (... – o lubrificante ou mesmo a sua lubrificação natural?) – Não, a nossa mesmo."</i> (E3) <i>"Eu acho é que nunca ficou bem fechado ou alguma coisa assim porque para arder..."</i> (E3) <i>"Não."</i> (E6)
			Mudanças na vida sexual	<i>"Ai mudou! Acho que mudou para melhor."</i> (E2) <i>"(...) melhorou até porque, para já, tinha um conhecimento diferente do meu corpo, e lá está, até ter tido filhos, a relação sexual era um bocadinho difícil (...) e acabou por melhorar com a continuação e com o nascimento da minha filha do meio."</i> (E4) <i>"Não."</i> (E6)
Papel do enfermeiro	Recolha de dados sobre a abordagem do enfermeiro / profissional de saúde sobre o trauma perineal e pedidos de apoio	Abordagem dos profissionais de saúde sobre trauma perineal		<i>"Em nenhum dos partos eu fui sequer orientada."</i> (E1) <i>"Não, não!"</i> (E2) <i>"Não."</i> (E2) <i>"Acho que não. (...) Que eu me lembre, não."</i> (E3) <i>"Não."</i> (E6)

		da mulher face aos desconfortos sentidos	Abordagem dos profissionais sobre retornar a atividade sexual	<p>“Não, não.” (E1)</p> <p>“Não, é a primeira.” (E2)</p> <p>(relativamente ao enfermeiro) “Que eu me recorde, não.” (E4) (relativamente ao médico) “Sim.. E a resposta foi que sim...” (- Porque não disse o que realmente estava a sentir?) – Porque achei que fosse um processo normal de cicatrização e recuperação.” (E4)</p> <p>“Ah a enfermeira do centro de saúde acabava por dizer que que agora quando iniciasse ia doer porque era quase como se estivesse virgem novamente.” (E5)</p> <p>“As estratégias não.” (E5)</p> <p>“Não.” (E6)</p>
			Pedido de apoio/esclarecimento a profissionais de referência	<p>“Da primeira vez eu abordei a questão da dor com a médica, no entanto o esclarecimento ou se calhar o encontro de estratégias não foi um tema abordado (- E o que é que ela lhe respondeu ...?) – “é tudo natural, é tudo normal. Vai passar”” basicamente foi isto.” (E1)</p> <p>“Não. Só mais tarde fui à ginecologista e foi quando ela me falou dos lubrificantes... é sem cheiro, não é? Sem cheiro e sem... (...) a partir daí ficou mais fácil” (E2)</p> <p>“Eu ao princípio pensei sempre que fosse um ponto, que rebentou e nunca acabou por fechar.” (E3)</p> <p>“(- não se queixou de nada?) - Não. (...) “Eu penso que seja normal.” (E3)</p> <p>“Também não. (...) Eu achei que era uma coisa que ia ser ultrapassada e era uma coisa... se calhar se fosse muito tempo, se calhar tinha de procurar ajuda mas como foi ali um período de tempo, eu achei que era normal e que não havia necessidade de procurar ajuda.” (E6)</p>

			<p><i>“Sim, sim. Eu cheguei a questionar porque é que tinha dor.” (E4)</i></p> <p><i>“(...) só lhe perguntei se era normal aquilo ao inicio doer um bocadinho (...)” (E5)</i></p>
		Outros recursos	<p><i>“Acabou tudo por ser estudos próprios.” (E1)</i></p> <p><i>“(...) hoje temos um acesso enorme à internet e a pesquisar tudo e mais alguma coisa...” (E6)</i></p> <p><i>“(...) acabei por falar com uma colega minha (...) e ela sofreu bastante. Ela diz que ainda hoje sente isso.” (E6)</i></p>



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

9º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

UNIDADE CURRICULAR DE ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Projeto de Estágio

Discente:

Joana Patrícia Pereira Cesário

Projeto de Estágio

Discente:

Joana Patrícia Pereira Cesário, nº 220001023

Docente:

Teresa Margarida Carreira

Abreviaturas, acrónimos e siglas

ARS – Administração Regional de Saúde

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

BSI/J – Boletim de Saúde Infantil/Juvenil

BSR – Boletim de Saúde Reprodutiva

BV – Boletim de Vacinas

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

IMC – Índice de Massa Corporal

nº – número

p. – página

pp. – páginas

RN – Recém-Nascido

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	170
1. CARACTERIZAÇÃO SUMÁRIA DOS CONTEXTOS	171
2. PLANO DE ESTÁGIO	172
2.1. PLANO COMUM ESTÁGIO	173
2.2. PLANOS ESPECÍFICOS DE ESTÁGIO.....	174
2.2.1. ESMO no Puerpério	174
2.2.2. ESMO em Ginecologia	177
2.2.3. ESMO na Gravidez Patológica	178
2.2.4. ESMO na Comunidade.....	180
2.2.5. ESMO no Bloco de Partos	185
CONCLUSÃO.....	189
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	190

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) que decorre no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém, sob orientação da Professora Teresa Carreira, foi proposto o desenvolvimento do presente Projeto de Estágio.

O projeto desenrolar-se-á ao longo de várias semanas, tendo o seu início a 18/09/2023 e término previsto a 12/07/2024. Durante este período serão realizados, no âmbito de ESMO, estágios nos contextos de puerpério, ginecologia, gravidez patológica, comunidade e bloco de partos com o objetivo de adquirir as competências consignadas no Regulamento nº 391/2019 (2019) do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO).

O presente documento tem como objetivo apresentar, de forma clara e sistematizada, a planificação do estágio a frequentar nos diferentes contextos e um planeamento da componente de investigação que a autora se propõe a realizar. No que concerne ao plano de atividades, este, foi desenvolvido, tendo por base os objetivos que se pretende alcançar de forma a desenvolver as competências consignadas no Regulamento nº 140/2019 e Regulamento nº 391/2019. A temática da sexualidade, pela sua relevância e pertinência, será foco de atenção em todas as sessões de educação para a saúde paleadas nos diversos contextos, sendo personalizada para cada população-alvo, com o objetivo de aumentar a literacia em saúde no que a isto concerne. Relativamente à componente de investigação, apresenta-se neste documento, a fundamentação teórica que justifica a sua realização, bem como as nuances metodológicas e éticas associadas.

O presente trabalho encontra-se estruturado em três capítulos, o primeiro, a caracterização sumária dos contextos em que decorrerão as experiências de ensino clínico, o segundo, o plano de estágio, onde estão inseridos os contextos de ESMO na Comunidade, na Gravidez Patológica, no Puerpério, em Ginecologia e no Bloco de Parto, e o terceiro, o projeto de investigação, onde se apresenta a sua fundamentação teórica, metodologia e considerações éticas.

1. CARACTERIZAÇÃO SUMÁRIA DOS CONTEXTOS

Os contextos de estágio a frequentar realizar-se-ão na zona centro do país pertencente à ARS (Administração Regional de Saúde) de Lisboa e Vale do Tejo e ARS do Centro.

Os contextos hospitalares frequentados são compostos por equipa multidisciplinares constituídas por enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, equipa médica (ginecologistas/obstetras, pediatras/neonatalogistas e anestesistas), assistentes operacionais, administrativas, psicólogas e a assistentes sociais.

2. PLANO DE ESTÁGIO

Para a elaboração dos planos de estágio foram consideradas as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019) e competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (Regulamento nº 391/2019) a desenvolver, os objetivos enunciados na ficha da unidade curricular e os Descritores de Dublin (organizados em cinco critérios: conhecimento e compreensão; aplicação de conhecimento e compreensão; formulação de juízos; competências de comunicação; competências de aprendizagem).

No plano de estágio em seguida apresentado, segmentado por contextos, serão descritos os objetivos propostos para a realização dos diferentes Ensinos Clínicos, bem as atividades planeadas, as competências comuns de enfermeiro especialista e de enfermeiros especialista em Saúde Materna e Obstétrica envolvidas, os recursos necessários para a sua execução e a respetiva calendarização no friso cronológico do ano letivo em curso.

2.1. PLANO COMUM ESTÁGIO

Neste subcapítulo serão apresentados os objetivos que a autora se pretende atingir na transversalidade de todos os contextos de estágio em consonância com as devidas competências a mobilizar, atividades a desenvolver, recursos e calendarização.

Objetivos Comuns de Aprendizagem	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
<p>Integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados;</p> <p>Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no domínio da gestão e melhoria da qualidade dos cuidados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de uma adequada relação interpessoal com a equipa multidisciplinar; - Conhecimento dos diferentes elos da equipa multidisciplinar; - Tomada de decisões em equipa relativamente a prestação de cuidados; - Colaboração, em equipa, na prestação de cuidados à população alvo; - Conhecimento das rotinas do serviço e as tarefas inerentes a cada turno, colaborando na sua execução; - Conhecimento do método de trabalho e organização da equipa; - Conhecimento dos protocolos do serviço e da instituição; - Conhecimento do funcionamento do sistema informático utilizado para realização de registos do processo de cuidados; - Reporte à enfermeira cooperante todas as informações que requeiram avaliação e discussão; - Conhecimento da forma como são empregues e geridas os recursos humanos e materiais existentes, colaborando na sua rentabilização durante a prática de cuidados; - Avaliação das necessidades e planear os cuidados de forma a gerir eficazmente o tempo e recursos a utilizar. 	<p>Enfermeiros especialistas: A1, B1, B3, C1, C2, D1</p>	<p>Humanos: -Enfermeiras cooperantes; -Equipa multidisciplinar; - Mulher/RN/casal/família/comunidade - Estudante</p> <p>Materiais: - Protocolos e documentação do serviço - Equipamentos e materiais existentes no serviço</p>	<p>18/09/2023 a 12/07/2024</p>
<p>Conhecer o contexto de estágio, a sua estrutura física e população alvo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento da tipologia de utentes que recorre ao serviço, as suas necessidade e áreas de atuação; - Conhecimento da estrutura física e da organização do serviço. 	<p>Enfermeiros Especialistas: C2</p>	<p>Humanos: -Enfermeiras cooperantes; -Equipa multidisciplinar; - Mulher/RN/casal/família/comunidade - Estudante</p>	

<p>Prestar cuidados, exercendo a tomada de decisão regida pelo cumprimento de valores éticos, legais e deontológicos;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados salvaguardando o respeito pelas vontades, crenças e convicções pessoais de cada indivíduo e família - Prestação de cuidados tendo por base os valores éticos e deontológicos da profissão; - Prestação de cuidados assegurando a confidencialidade e privacidade do utente; - Informação e explicação de todos os procedimentos a realizar, solicitando consentimento para prestação de cuidados 	<p>Enfermeiros especialista: A1, A2</p>	<p>Humanos: -Enfermeiras cooperantes; -Equipa multidisciplinar; - Mulher/Recém-nascido(RN)/casal/família/comunidade - Estudante</p>	
<p>-Desenvolver, no âmbito da prática de cuidados, a capacidade crítica e reflexiva;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atuação, na prática, com base em evidencia científica atualizada; - Usufruto de todas as oportunidades de aprendizagem e melhoria - Reconhecimento dos contextos e práticas que requeiram treino ou estudo; - Discussão e reflexão com as enfermeiras cooperantes a respeito da minha prestação de cuidados e processo evolutivo ao longo do Ensino Clínico, numa perspetiva de melhoria contínua; - Reflexão diária sobre a minha prestação durante os cuidados à mulher/grávida/puérpera/RN/família; - Autoavaliação diária o processo evolutivo de aprendizagem; - Realização de dois momentos de avaliação, um intercalar e outro final, com as enfermeiras cooperantes e professora orientadora. 	<p>Enfermeiros Especialistas: B2, D1, D2</p>	<p>Humanos: -Enfermeiras cooperantes; -Equipa multidisciplinar; - Mulher/RN/casal/família/comunidade - Estudante</p>	

2.2. PLANOS ESPECÍFICOS DE ESTÁGIO

Neste subcapítulo serão apresentados os objetivos que a autora se pretende atingir em cada contexto de estágio em consonância com as devidas competências a mobilizar, atividades a desenvolver, recursos e calendarização.

2.2.1. ESMO no Puerpério

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
---------------------------------------	--------------------------	--------------	----------	----------------

<p>Prestar cuidados especializados de enfermagem à puérpera, ao RN e família durante o período do puerpério mediato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento à puérpera, o RN e a família, apresentando-me (em associação à minha enfermeira cooperante) e demonstrando disponibilidade. - Recolhimento dados sobre a puérpera, RN e família, identificando necessidades de cuidados. - Conhecimento dos antecedentes de saúde relevantes, antecedentes obstétricos e história clínica. - Prestação de cuidados holísticos e personalizados à mulher, RN e família; - Avaliação do bem-estar materno (estado geral, pele e mucosas, sinais vitais, involução uterina, eliminação, alterações de circulação periférica venosa periférica, lóquios, processo cicatricial de ferida cirúrgica e/ou traumática e mamas), identificando precocemente situações que requeiram avaliação multidisciplinar remetendo-as, sempre que necessário, ao elo de referência - Ensino à mulher/família sobre autovigilância de lóquios, cuidados de higiene / cuidados perineais (parto vaginal), vigilância de processo cicatricial de ferida cirúrgica/ferida traumática, cuidados as mamas, contraceção, alimentação, consulta de revisão pós-parto, sinais de baby-blues VS depressão pós-parto. - Ensino à puérpera a vigiar o seu bem-estar, destacando os sinais de alarme. - Avaliação do bem-estar do RN e exame físico cefalo-caudal (estado geral, pele e mucosas, cabeça, tronco, membros, genitais, alimentação, eliminação, coto-umbilical, presença de reflexos, peso, perímetro cefálico e comprimento), identificando precocemente situações que requeiram avaliação multidisciplinar remetendo-as, sempre que necessário, ao elo de referência; - Ensino à mãe/casal/família sobre cuidados de higiene e conforto, padrão de eliminação, cordão umbilical, alimentação, prevenção de acidentes, sono e repouso, vacinação, Diagnóstico Precoce, continuidade de cuidados em Cuidados de Saúde Primários - Ensino à mãe/casal/família a vigiar o bem-estar do RN, destacando os sinais de alarme; 	<p>Enfermeiros ESMO: 4, 7</p>	<p>Humanos: - Humanos: - Enfermeiras cooperantes; - Equipa multidisciplinar; - Puérpera, RN, casal/família - Estudante</p> <p>Materiais: - Medidor de tensão/esfigmomanómetro e estetoscópio; - Fita métrica; - Craveira; - Balança de RN; - Aparelho de medição de otoemissões; - Aparelho de avaliação de saturação de oxigénio e frequência cardíaca; - Infraestrutura para realizar ensino do banho;</p>	<p>18/09/2023 a 27/10/2023</p>
---	--	---------------------------------------	--	------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração na resposta às necessidades da mulher, RN, casal e família, assistindo nos cuidados, mas promovendo a independência na resolução dos problemas; - Realização de rastreios protocolados de identificação de alterações e patologias no RN e explicar aos pais a sua importância/significado e resultados (rastreamento auditivo e rastreio das cardiopatias congénitas. - Administração da terapêutica prescrita; - Explicação da importância do cumprimento do Plano Nacional de Vacinas, dar a conhecer a Vacina da Hepatite B e tuberculose (quando aplicável) e pedir consentimento para a sua administração; - Promoção do aleitamento materno, respeitando crenças e convicções da mulher/casal/família e ensinar sobre técnica de amamentação, pega correta, cuidados às mamas para prevenção de complicação e sinais de alarme; - Promoção da vinculação e da parentalidade significativa; - Avaliação do processo de transição para a parentalidade da mulher/família, identificando precocemente situações que requeiram avaliação multidisciplinar remetendo-as, sempre que necessário, ao elo de referência; - Informação à mulher/casal sobre existência de lei de parentalidade; - Avaliação da aprendizagem e compreensão de todos os conteúdos transmitidos; - Transmissão de informações relevantes a prestação de cuidados a restante equipa; - Preparação da alta; - Realização de registos no Boletim de Saúde Infantil, Boletim de Vacinas, processo físico, processo informatizado e Registo de Saúde Eletrónico; 			
<p>Promover a vivência de uma sexualidade saudável</p>	<p>Educação para a saúde sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alterações próprias da lubrificação, excitação e prazer durante o período pós-natal e técnicas para contornar as dificuldades; - Laceração dos tecidos durante a penetração e cuidados a ter; - Cuidados e técnicas para vivenciar a sexualidade alternativas à penetração; - Importância da retoma gradual da vivência da sexualidade; - Distinção entre vivência sexual após cesariana e após parto vaginal; 	<p>Enfermeiros ESMO: 4.1, 7</p>	<p>Humanos: - Humanos: - Enfermeiras cooperantes; - Puérperas - Estudante</p>	

	- Importância de organizar a vida conjugal para poder usufruir de tempo a sós;		Materiais: - Computador - Projetor	
--	--	--	--	--

2.2.2. ESMO em Ginecologia

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/família no âmbito da ginecologia em situação de saúde/doença	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento à mulher/ família, apresentando-me (em associação à minha enfermeira cooperante) e demonstrando disponibilidade. - Recolhimento de dados sobre mulher, identificando necessidades de cuidados. - Conhecimento de antecedentes de saúde relevantes, antecedentes ginecológicos e obstétricos e história clínica. - Prestação cuidados holísticos e personalizados à mulher e família; - Realização processo de enfermagem; - Avaliação bem-estar físico (sinais vitais, peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC)) e emocional; - Sensibilização a mulher para a importância da vigilância de saúde ginecológica e reforçar a importância de realização de exames complementares de diagnóstico; - Avaliação conhecimento sobre autoexame da mama e, se necessário, realizar ensinios; - Avaliação do conhecimento sobre contraceção e adesão e, se necessário, desenvolver ensinios a respeito. - Avaliação de comportamentos de risco para contração de infeções sexualmente transmissíveis, avaliar conhecimento sobre os mesmos e, se necessário, ensinar a respeito. - Avaliação de conhecimentos sobre climatério/menopausa e, se necessário, ensinar sobre climatério/menopausa, manifestações, efeitos (físicos e psicológicos) no organismo e autocuidados; 	Enfermeiros ESMO: 1, 5, 6, 7	Humanos: - Humanos: - Enfermeiras cooperantes; - Equipa multidisciplinar; - Mulher/família - Estudante Materiais: - Medidor de tensão/ esfigmomanómetro e estetoescópio; - Material para técnica citológica e colpocitológica e acondicionamento da amostras; - Vacinas; - Balança - Boletim de Vacinas (BV), Boletim de Saúde Reprodutiva - Computador.	30/10/2023 a 10/11/2023

	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração na consulta médica de ginecologia e na realização de citologia, colpocitologia e biópsia do colo do útero; - Ensino sobre sinais de alarme relativamente a vigilância da sua saúde ginecológica; - Administração terapêutica prescrita; - Encaminhamento para equipa médica em situações de alteração anormal/doença identificados que não sejam da esfera de intervenção do EEESMO; - Avaliação da aquisição de conhecimentos após ensinamentos ministrados - Realização de registos de enfermagem no Boletim de Saúde Reprodutiva (BSG) e no programa informático; 			
Promover a vivência de uma sexualidade saudável	<p>Educação para a saúde em contexto de consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alterações próprias da lubrificação, excitação e prazer durante o climatério e a menopausa, e técnicas para contornar as dificuldades; - Cuidados e técnicas para vivenciar a sexualidade alternativas à penetração; - Importância de organizar a vida conjugal para poder usufruir de tempo a sós; 	Enfermeiros ESMO: 5.2, 5.3, 7		

2.2.3. ESMO na Gravidez Patológica

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
Prestar cuidados especializados de enfermagem à grávida/casal/família durante o período pré-natal em contexto de gravidez patológica .	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento à grávida/ família, apresentando-me (em associação à minha enfermeira cooperante) e demonstrando disponibilidade. - Recolhimento dos dados da mulher, identificando necessidades de cuidados. - Conhecimento de antecedentes de saúde relevantes, antecedentes obstétricos e história clínica. - Prestação cuidados holísticos e personalizados à grávida e família; - Realização processo de enfermagem; - Avaliação bem-estar materno físico (estado geral, edemas, pele e mucosas, sinais vitais, peso, altura, IMC, altura do fundo do útero, teste 	Enfermeiros ESMO: 2, 7	Humanos: - Humanos: - Enfermeiras cooperantes; - Equipa multidisciplinar; - Grávida, casal/família - Estudante	13/11/2023 a 15/12/2023

	<p>rápido de urina) e emocional e materno-fetal (cardiotocografia e percepção de movimentos fetais) e identificar precocemente situações que requeiram avaliação multidisciplinar remetendo-as, sempre que necessário, ao elo de referência.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização para a importância de manter a vigilância da gravidez; - Ensino sobre sinais de alerta durante a gravidez, sobretudo, e se aplicável, os associados à patologia. - Avaliação risco pré-natal através da aplicação da Escala de Goodwin Modificada; - Colaboração na realização de rastreios de acordo com os trimestres de gravidez - Interpretação de exames laboratoriais e ecografia, identificando precocemente desvios da normalidade e encaminhando-os; Identificar precocemente situações que traduzam desvios à gravidez fisiológica e/ou que coloquem em risco o bem-estar materno-fetal, remetendo-as, sempre que necessário, ao elo de referência da equipa multidisciplinar; - Realização Manobras de Leopold e cardiotocografia, interpretando os respetivos achados; - Identificação e esclarecer preocupações e dúvidas da grávida/casal; - Avaliação a aprendizagem e compreensão de todos os conteúdos transmitidos; - Realização de registos no BSG, BV e no processo informatizado; 		<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medidor de tensão/ esfigmomanómetro e estetoscópio; - Balança; - Fita métrica; - Cardiotocógrafo; - Material para teste rápido de urina; - BV e BSG; - Computador; 	
<p>Promover a vivência de uma sexualidade saudável</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da possibilidade de manutenção da atividade sexual em função da situação clínica da grávida ou patologia da gravidez, discutindo com o elo de referência da equipa multidisciplinar se assim se justificar; - Ensino sobre potenciais perigos de algumas práticas sexuais em função da patologia; - Ensinar sobre formas de viver a sexualidade durante a gravidez e trabalho de parto; - Ensino sobre alternativas à vivência da sexualidade que não implicam o bem-estar materno-fetal; - Avaliação a aprendizagem e compreensão de todos os conteúdos transmitidos. 	<p>Enfermeiros ESMO: 5, 7</p>		

2.2.4. ESMO na Comunidade

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
<p>Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/mãe/casal/filho/família inserida na comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento à mulher/casal/família, apresentando-me (em associação à minha enfermeira cooperante) e demonstrando disponibilidade. - Recolha dados sobre mulher, identificando necessidades de cuidados. - Conhecimento dos antecedentes de saúde relevantes, antecedentes ginecológicos e obstétricos e história clínica. - Prestação de cuidados holísticos e personalizados à grávida e família; - Realização do processo de enfermagem; <p>Planeamento familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do bem-estar físico da mulher (sinais vitais, peso, altura, IMC) e emocional; - Educação para a saúde no âmbito da alimentação saudável, sono, atividade física, higiene, sexualidade, IST's e métodos contraceptivos, consumos e autovigilância de saúde - Fornecimento de informações claras sobre os métodos contraceptivos existentes e suas características, permitindo uma escolha informada e disponibilizando-os sempre que disponíveis; - Esclarecimento sobre contraceção de emergência; - Esclarecimento sobre IST's e métodos de proteção; - Identificação de alterações a uma vivência saudável da sexualidade, referenciando para os respetivos elos da equipa multidisciplinar as situações que transcendam a minha atuação; - Assistência à mulher/casal no planeamento da gravidez; - Assistência à mulher/casal em situação de infertilidade; - Avaliação do cumprimento do esquema vacinal de acordo com o PNV; 	<p>Enfermeiros ESMO: 1, 2, 4, 5, 6, 7</p>	<p>Humanos: - Humanos: -Enfermeiras cooperantes; -Equipa multidisciplinar; - Mulher/RN/casal/família/comunidade - Estudante</p> <p>Materiais: - Medidor de tensão/esfigmomanómetro e estetoscópio; - Material para técnica citológica e acondicionamento da amostra; - Vacinas; - Balança (adulto e RN); - Fita métrica; - Material para realização de diagnóstico pré-natal; - Material para tratamento de feridas e remoção de material de sutura;</p>	<p>8/01/2024 a 16/02/2023</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação, identificação e reporte de situações de violência; - Colaboração na realização de procedimentos de Rastreo do Cancro do Colo do Útero (citologias e colpocitologias); - Encaminhamento para a equipa interdisciplinar em situações de doença identificados que não sejam da intervenção do EESMO; - Avaliação da aprendizagem e compreensão de todos os conteúdos transmitidos; - Agendamento da próxima consulta; - Realização de registos de enfermagem no Boletim de Saúde Reprodutiva (BSR) e programa informático. <p>Pré-natal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinação da idade gestacional através da data provável de parto, sendo posteriormente retificada perante os achados da primeira ecografia (11 semanas e 6 dias); - Avaliação o estado vacinal de acordo com o PNV durante a gestação; - Avaliação da necessidade de administração de imunoglobulina anti-D no período cronologicamente recomendado; - Avaliação do bem-estar materno físico (estado geral, edemas, pele e mucosas, sinais vitais, peso, altura, IMC, altura do fundo do útero, teste rápido de urina e presença de alguma sintomatologia) e emocional; e materno-fetal (avaliação de movimentos fetais e ou/perceção dos movimentos fetais pela grávida a partir das 18/20 semanas, avaliação de batimentos cardíacos fetais a partir das 12 semanas de gestação); - Identificação e monitorização de desvios ao padrão de gravidez fisiológica; - Intervenção junto da mulher, dentro da sua esfera de competências, no apoio à situação de luto; - Esclarecer a respeito da interrupção da gravidez, promovendo uma decisão informada; - Educação para a saúde no âmbito da alimentação saudável, sono, atividade física, higiene, sexualidade, vestuário e calçado, consumos de substâncias, desconfortos inerentes à gravidez, sinais 		<ul style="list-style-type: none"> - Material para teste rápido de urina; - BV, BSR, BSG e BSI/J - Computador. 	
--	--	--	---	--

	<p>e sintomas de alerta e suplementação recomendada com ácido fólico e iodo;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização para a importância de vigiar a gravidez regularmente, e de acordo com as recomendações dos profissionais de saúde; - Avaliação o risco pré-natal através da Escala de Goodwin modificada; - - Identificação e esclarecimento de preocupações e dúvidas da grávida/casal; - Colaboração na prescrição de terapêutica e meios complementares de diagnóstico recomendados durante a gestação; - Promoção do aleitamento materno, respeitando convicções e crenças; - Informação à mulher/casal sobre existência da lei de parentalidade; - Informação sobre cheque dentista, fornecendo-o; - Encaminhamento para equipa multidisciplinar todas as situações identificadas que não sejam da intervenção do EESMO; - Cooperação com a mulher na elaboração do plano de parto, explicitando quais as nuances e critérios que podem condicionar o cumprimento desse mesmo plano; - Colaboração no curso de preparação para o parto e parentalidade, elaborando uma sessão de educação para a saúde para as grávidas; - Avaliação a aprendizagem e compreensão de todos os conteúdos transmitidos; - Agendamento da próxima consulta; - Realização de registos de enfermagens no boletim de saúde da grávida (BSG) e programa informático. <p>Pós-natal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação bem-estar materno físico (sinais vitais, estado geral, pele e mucosas, involução uterina, características dos lóquios, processo cicatricial de ferida cirúrgica e/ou traumática, mamas e 			
--	---	--	--	--

	<p>mamilos, edemas e circulação venosa periférica) e emocional (sinal de <i>baby blues</i> ou depressão pós-parto;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento história recente obstétrica; - Execução do tratamento da ferida cirúrgica/traumática e remoção de material de sutura, se necessário; - Ensino sobre massagem da cicatriz da episiorrafia/perineorrafia; - Avaliar sobre eventuais queixas de desconfortos; - Ensino sobre cuidados perineais, cuidados à cicatriz operatória, cuidados as mamas e técnicas de amamentação, alimentação, sono e repouso, atividade física, sexualidade e alterações físicas e psicológicas no pós-parto; - Ensino sobre contraceção no pós-parto, e se possível fornecer o método selecionado - Avaliação bem-estar do RN (estado geral, integridade e coloração cutâneas, coto umbilical, vitalidade, aumento ponderal/percentis de crescimento, perímetro cefálico, comprimento, genitália externa, padrão de eliminação vesical e intestinal, presença de resposta adequada de reflexos, estado de higiene, padrão de alimentação e padrão de sono e repouso); - Realização do teste de Rastreo de Diagnóstico Precoce, entre o 3º e 6º dia de vida; - Sensibilização para a adoção de medidas de prevenção de acidentes; - Ensino sobre técnicas de atuação em caso de engasgamento do RN; - Explicação sobre a importância do cumprimento do esquema vacinal do PNV, avaliando a intenção de adesão; - Avaliação da interação entre a díade/tríade; - Promoção do aleitamento materno, respeitando crenças e convicções da mulher/casal/família e ensinar sobre técnica de amamentação, pega correta, cuidados às mamas para prevenção de complicação e sinais de alarme; - Sensibilização da puérpera/casal da importância da vigilância da puérpera/casal/RN/família no período pós-parto, instruindo sobre os sinais e sintomas de alarme; 			
--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Informação à mulher/casal sobre existência de lei de parentalidade; - Encaminhamento para a equipa interdisciplinar das situações que transcendam o âmbito da intervenção do EEESMO; - Avaliação a aprendizagem e compreensão de todos os conteúdos transmitidos; - Agendamento próximas consultas; - Realização de registos de enfermagens no BSG e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSI/J) e no programa informático. <p>Climatério e menopausa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do bem-estar físico e emocional da mulher (estado geral, TA, Peso, Altura, IMC, sinais de depressão e sinais e sintomas de climatério); - Avaliação do estado emocional da mulher relativamente à aceitação das alterações físicas e psicológicas ocorridas na fase do climatério / menopausa, intervindo neste âmbito e esclarecendo dúvidas; - Educação para a saúde no âmbito do autoexame da mama, necessidade e necessidade de realizar mamografias regularmente; - Colaboração na realização de procedimentos de Rastreio do Cancro do Colo do Útero (citologias e colpocitologias); - Ensino sobre disfunções sexuais associadas ao climatério, promovendo a vivência de uma sexualidade saudável durante o climatério/menopausa; - Informação sobre necessidade de manter contraceção enquanto se mantiver no climatério e fornecer método se possível; - Avaliação do cumprimento do esquema vacina de acordo com o PNV; - Encaminhamento para equipa interdisciplinar em situações de doença identificados que não sejam da intervenção do EESMO; - Avaliação a aprendizagem e compreensão de todos os conteúdos transmitidos; 			
--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Agendamento da próxima consulta, se necessário; - Realização de registos de enfermagens no Boletim de Saúde Reprodutiva e programa informático. 			
Promover a vivência de uma sexualidade saudável	<p>Educação para a saúde sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Benefícios da vivência da sexualidade; - Alterações próprias da vivência da sexualidade ao longo da gravidez; - Constrangimentos habituais da sexualidade na gravidez e alternativas; - Cuidados a ter durante a gravidez; - “novas formas de vivenciar a sexualidade”. <p>e/ou</p> <p>Educação para a saúde sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento, em causa de trauma perineal, dos desconfortos eventuais que poderão surgir e cuidados a adotar para diminuir a ocorrência de problemas; - Alterações próprias da lubrificação, excitação e prazer durante o período pós-natal e técnicas para contornar as dificuldades; - Laceração dos tecidos durante a penetração e cuidados a ter; - Cuidados e técnicas para vivenciar a sexualidade alternativas à penetração; - Importância da retoma gradual da vivência da sexualidade; - Distinção entre vivência sexual após cesariana e após parto vaginal; - Importância de organizar a vida conjugal para poder usufruir de tempo a sós; 	Enfermeiros ESMO: 2, 4.1, 7		

2.2.5. ESMO no Bloco de Partos

Objetivos Específicos de Aprendizagem	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
---------------------------------------	--------------------------	--------------	----------	----------------

<p>Prestar cuidados especializados de enfermagem à grávida/casal/família durante o trabalho de parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento à mulher/casal/família, apresentando-me (em associação à minha enfermeira cooperante) e demonstrando disponibilidade. - Avaliação do bem-estar materno-fetal (sinais vitais, cardiotocografia); - Conhecimento dos antecedentes de saúde relevantes, antecedentes ginecológicos e obstétricos e história clínica. - Análise, na documentação da grávida, da realização de todas as ecografias recomendadas, serologias e rastreio de infeção por <i>Streptococcus-B</i>; - Questão a respeito da perceção de movimentos fetais ativos; - Questão a respeito da eventual rotura espontânea de bolsa amniótica, características do líquido e período decorrido desde então; - Questão a respeito de perceção de contratilidade uterina e características; - Questão a respeito de qualquer sinal ou sintomatologia percecionada que possa ser indicativo de complicações; - Prestação cuidados holísticos e personalizados à grávida e família; - Realização processo de enfermagem; - Avaliação bem-estar materno-fetal (sinais vitais, cardiotocografia); - Discussão e gestão, com a mulher/casal, a respeito do plano de parto, cumprindo todas as vontades passíveis de realizar desde que isso não condicione o bem-estar materno-fetal; - Promoção do bem-estar, conforto e controlo de dor da mulher/casal através de técnicas farmacológicas e não farmacológicas; - Colaboração na técnica de anestesia/analgesia locorregional; - Monitorização todas as fases do trabalho de parto, identificando e transmitindo precocemente à equipa multidisciplinar todas as situações de risco que transcendam a esfera de atuação do ESMO; - Registo no partograma a progressão do TP; - Assistência ao parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, o parto de apresentação pélvica; 	<p>Enfermeiros ESMO: 3, 7</p>	<p>Humanos: - Humanos: - Enfermeiras cooperantes; - Equipa multidisciplinar; - Mulher, casal/família - Estudante</p> <p>Materiais: - Medidor de tensão/esfigmomanómetro e estetoscópio; - Cardiotocógrafo; - Material para punção de acesso venoso periférico; - Material para anestesia/analgesia locorregional; - Material para assistir no parto vaginal; - Material para assistir no parto vaginal distócico; - Mesa de reanimação de RN com o material requerido para intervenção no RN em caso de urgência/emergência; - Vitamina K e material para respetiva administração; - Material para perineorrafia/episiorrafia; - Pulseira de identificação do RN e pulseira antirapto; - BSG; - Computador;</p>	<p>19/02/2024 a 12/07/2023</p>
---	---	---------------------------------------	---	------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação, durante o período expulsivo do trabalho de parto, a necessidade de realizar episiotomia; - Assistência na técnica utilizada no parto distócico; - Avaliação sumária do RN após a sua exteriorização e de acordo com o índice de APGAR, assegurando, se necessário, a execução de medidas de apoio à adaptação vida extrauterina e em situações extremas, reanimar; - Identificação sinais de dequitação e atuar em consonância; - Identificação precocemente alterações do padrão fisiológico de dequitação ou de contratilidade uterina, remetendo para o elo de ligação da equipa multidisciplinar tudo o que transcenda a orla de competências do ESMO; - Avaliação integridade e características da placenta e membranas - Identificação alterações fisiológicas e morfológicas no RN remetendo para o elo de referência da equipa multidisciplinar todas aquelas que transcendam a sua orla de competências; - Promoção a vinculação entre a díade/tríade; - Promoção o aleitamento materno, respeitando crenças e convicções da mulher/casal/família; - Ensino sobre técnica de amamentação e pega correta e assistir na colocação do RN a mamar pela primeira vez ou fornecer leite artificial; - Ensino aos pais a respeito da importância da administração da vitamina K e solicitar autorização para administração; - Colocação de pulseira de identificação e pulseira antirapto; - Colaboração com a equipa multidisciplinar em todas as intervenções desenvolvidas com vista ao bem-estar materno-fetal; - Avaliação condições para transferir a puérpera/RN/família para o internamento, assegurando que o bem-estar materno-fetal está salvaguardado; - Avaliação aquisição de conhecimentos após ensinamentos ministrados - Realização registos de enfermagem no BSG e no programa informático; 			
--	---	--	--	--

<p>Promover a vivência de uma sexualidade saudável</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento, em causa de trauma perineal, dos desconfortos eventuais que poderão surgir e cuidados a adotar para diminuir a ocorrência de problemas; - Execução da componente de investigação no terreno através da realização de entrevistas com recurso a um questionário previamente formulado no âmbito da questão “Quais as vivências das mulheres relativamente a sexualidade no pós-parto?”. - Divulgação dos resultados preliminares da investigação à equipa 			
--	--	--	--	--

CONCLUSÃO

O presente documento demonstra-se fundamental para a planificação das atividades a realizar ao longo do atual ano letivo. Por outra instância, considera-se que a elaboração deste documento numa fase tão precoce, com desconhecimento das realidades dos diferentes contextos, poderá implicar a não consecução de alguns objetivos e atividades planeadas.

Considera-se que o objetivo de desenvolvimento do documento foi atingido, tendo sido então apresentados os objetivos de desenvolvimento do estágio nos diferentes contextos e o componente de investigação de forma sucinta à compreensão do que pretende realizar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II série, nº 26.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento nº 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II série, nº 79.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 85.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-12221>



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

9º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO ÂMBITO DA SEXUALIDADE APÓS O PARTO

Autora/preletora: Joana Cesário; **Sob orientação** da Professora Teresa Carreira, EEESMO's Orientadoras

Tema: Sexualidade após o parto

Participantes/destinatárias: Puérperas

Data/ hora prevista: 13/10/2023 14h

Duração prevista: 25 minutos

Local: Sala de Reuniões do Serviço de Obstetrícia/Puerpério

Material necessário: Computador, cadeiras, mesa

Objetivo geral:

- Capacitar a puérpera para a vivência saudável da sexualidade após o parto

Objetivos específicos:

- Explicar em que consiste a vivência de uma sexualidade de forma saudável;
- Ensinar sobre as alterações físicas e psicológicas frequentes na mulher após o parto;
- Ensinar sobre as alterações do foro sexual frequentes após o parto;
- Ensinar sobre estratégias para a promoção da vivência da sexualidade após o parto de forma saudável;
- Informar sobre possibilidades de contraceção após o parto.

9º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Constituição	Duração	Conteúdo	Método de apresentação	Avaliação da sessão
Introdução	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da autora/preletora e orientadoras; • Apresentação do tema • Apresentação do âmbito de desenvolvimento do plano de sessão de educação para a saúde • Apresentação dos objetivos da realização da sessão de educação para a saúde 	Expositivo – com recurso a apresentação em <i>Powerpoint</i>	Questionar oralmente, de forma informal, as participantes se o tema abordado fora pertinente e do seu interesse;
Desenvolvimento	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento aquilo em que consiste a vivência de uma sexualidade de forma saudável; • Explicação relativa às alterações físicas e psicológicas frequentes na mulher após o parto; • Explicação relativa às alterações do foro sexual frequentes após o parto; • Ensino de estratégias para a promoção da vivência da sexualidade após o parto de forma saudável; • Esclarecimento sobre possibilidades de contraceção após o parto. 		Questionar oralmente, de forma informal, as participantes se consideram que deveria ter sido abordado algum aspeto que não fora;
Conclusão	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas; • Agradecimento pela participação na sessão; 		

APÊNDICE X – Apresentação digital da sessão de educação para a saúde realizada no contexto de ESMO no Puerpério

1

2

3

4

5

6

7

TÉCNICAS PARA PREPARAR O PERÍNEO

- MASSAGEM PERINEAL**
Diminui a tensão muscular e a sensibilidade. Estimula o fluxo de irrigação sanguínea e favorece a circulação. Realizar apenas após cicatrização de episiotomia/perineotomia.
- APLICAÇÃO DE GEL ÚNTO/DE LUBRIFICANTE**
- EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO DO PAVIMENTO PÉLVICO**
- TOQUE GENITAL/CLITORIANO**
Diminui a sensibilidade, observa a sensibilidade da dor provocada pelo toque; Estimula o interesse.

10

MASSAGEM PERINEAL

- Colocar-se confortável;
- Usar um gel lubrificante ou um óleo apropriado para o efeito;
- Começar por massagear externamente, na região da cicatriz (se tiver). Aplicar uma pressão firme e realizar movimentos circulares ao longo da linha da cicatriz, no sentido longitudinal da cicatriz e transversal da cicatriz;
- Quando se sente preparada, progredir para a massagem do restante perineo e vagina. Com um dedo aplicar uma pressão descendente com o polegar na parede vaginal e faça formas firmes de "U" (como se estivesse a fazer o teste de He e ao PPQ).

PARA INICIAR A MASSAGEM PERINEAL DEVE AJUVENAR-SE COM O APOIO DE UM MÉDICO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DO PÓS-PARTO OU PEDIATRA AO SEU MÉDICO DO ENFERMEIRO DE ESPECIALIDADE.

11

MASSAGEM PERINEAL

12

EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO DO PAVIMENTO PÉLVICO

- Encostar a bacia;
- Sentar-se no chão-se confortavelmente;
- Contrair os músculos pubococcígeos cerca de 5 segundos; Relaxar 5 segundos;
- Durar cerca de 10 segundos;
- Repetir 3-4 vezes várias vezes por dia;
- Aumentar a intensidade progressivamente e fazê-lo em diferentes posições;

13

NÃO ESQUEÇA A CONTRACEÇÃO...

A AMAMENTAÇÃO NÃO É MÉTODO CONTRACEPTIVO

A opção do método contraceptivo a utilizar depende do tipo de **alimentação do RN**, da **escolha da mulher** e de **eventuais comorbidades**.

AMENORREIA LACTACIONAL	ALIMENTAÇÃO MATERNO	ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL
<p>Aplicabilidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parto < 6M; • Amenorreia; • Amamentação exclusiva, com intervalos entre mamadas < 6horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Preservativo • Pílula progestativa, implante ou injetável intrio largo ou até 3 semanas após o parto • DIU ou SIU 4-6 semanas após o parto 	<p>Todas as CHC 3-4</p> <p>Ajustar à Janela</p> <p>Calendário</p>

ACONSELHE-SE COM O SEU MÉDICO DE FAMÍLIA E/OU GINECOLOGISTA/OBSTETRA

14

IMPORTANTE A RETER...

- NÃO EXISTE CERTO OU ERRADO
- NÃO EXISTE CEGO OU TARDE
- NÃO EXISTE MELHOR OU PIOR
- NÃO EXISTE NENHUMA RECEITA...

15

A SEXUALIDADE É...

uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemo-nos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual

Mobiliza pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.

... MUITO MAIS DO QUE SEXO

DÚVIDAS?

OBRIGADA!

APÊNDICE XI – Apresentação educativa realizado no contexto de esmo em Consulta de Ginecologia e de Gravidez Patológica sobre sexualidade durante o climatério e a menopausa

Viver a sexualidade durante o climatério e a menopausa

Vida reprodutiva → Climatério → Menopausa

Começemos por esclarecer a diferença entre “climatério” e “menopausa”...

O climatério é o período de transição entre a vida reprodutiva e não reprodutiva (menopausa). Durante o climatério, a mulher começa a perceber algumas modificações no seu corpo, no entanto só se considera na menopausa após 1 ano sem ocorrência de menstruações.

Fleury & Abdo (2010); Fonseca et al. (2015); Rezende et al. (2019); Silva et al. (2020); Viana (2012)

Na sexualidade, algumas mudanças podem surgir...

A mulher, durante o processo de climatério e aquando da menopausa começa a denotar algumas alterações a nível da sua sexualidade sobretudo devido ao declínio da dosagem hormonal existente (progesterona e estrogénio).

Associado a isto, podem desenvolver-se modificações na forma como se vive a sexualidade.

- Secura e diminuição da lubrificação vaginal
- Atrofia da mucosa vaginal
- Estreitamento do canal vaginal e sensação de pressão
- Prurido e irritação / desconforto vaginal
- Dor durante ou após a relação sexual
- Diminuição da libido
- Ausência ou diminuição do período de excitação
- Ausência de orgasmo ou diminuição da sua intensidade
- Alterações na autoperceção de sensualidade e auto-estima
- Ansiedade e/ou aversão à prática sexual
- Diminuição das fantasias e pensamentos de cariz sexual
- Pequenas hemorragias após a penetração devido à secura e estreitamento do canal vaginal

Para além das alterações hormonais, também as alterações emocionais, cognitivas e psicossociais poderão ter impacto na forma como se vive a sexualidade neste período.

Parte das mulheres, retratam o climatério e a menopausa, com as suas alterações associadas, a uma fonte de sofrimento.

SENDO A SATISFAÇÃO SEXUAL UM CRITÉRIO DE BEM-ESTAR. AO SOFRER ALTERAÇÕES DURANTE O CLIMATÉRIO E MENOPAUSA. COMPROMETE A QUALIDADE DE VIDA DA MULHER.

Fleury & Abdo (2010); Fonseca et al. (2015); Rezende et al. (2019); Silva et al. (2020); Viana (2012)

A SEXUALIDADE É UM DOS PILARES DA QUALIDADE DE VIDA...

... E SEXUALIDADE NÃO É, OBRIGATORIAMENTE, SINÓNIMO DE SEXO

A manifestação da sexualidade ocorre de diversas formas através da afinidade entre pessoas, seja pelo toque, expressão de sentimentos, carinho, zelo, atração, erotismo, sensualidade, ...

PODE SER UMA OPORTUNIDADE PARA EXPLORAR NOVAS EXPERIÊNCIAS E PONDERAR RENOVAÇÕES.

Conhecer novas sensações, experimentar novas formas de viver a sexualidade, de se sentir confortável junto do seu companheiro e partilhar sensualidade, amor, carinho e prazer.

Cultive o desejo e paixão diariamente através da troca de carinhos, palavras de ternura, olhares apaixonados, planos a dois,...

Fleury & Abdo (2010); Fonseca et al. (2015); Rezende et al. (2019); Silva et al. (2020); Viana (2012)

Grande parte das mulheres sente-se desconfortável ao falar sobre sexualidade...

... não procuram assistência para melhorar a sua vivência sexual ...

Barreiras de opinião

Falta de privacidade

Tabús

Vergonha

É FUNDAMENTAL ...



... que partilhe com o seu companheiro sobre os seus desconfortos;
... que partilhe experiências e vivências com outras mulheres a passar pela mesma fase da vida;
... que fale com o seu profissional de saúde sobre os desconfortos que está a sentir.

É POSSÍVEL (RE)CONQUISTAR O SEU BEM-ESTAR SEXUAL!

Fleury & Abdo (2010); Fonseca et al. (2015); Rezende et al. (2019); Silva et al. (2020); Viana (2012)

A SEXUALIDADE NÃO TEM PRAZO DE VALIDADE!

A SEXUALIDADE APÓS A MENOPAUSA PODE SER INCRÍVEL!

O COMPANHEIRO DEVE SER O SEU PRINCIPAL ALIADO PARA JUNTOS ENCONTRAREM A FORMA MAIS HARMONIOSA DE VIVEREM A SEXUALIDADE COM FELICIDADE



Referências

Fleury, M. J., & Abdo, C. M. R. (2010). Modelação de tratamento para distúrbios sexuais da menopausa. *Agenciado e tratamento*, 13(6), 197-200. <https://repositorio.usp.br/handle/1807/10474>


Fonseca, F. A., Santos, F. J., Costa, F. M., Santos, J. A. D., & Cavaleiro, J. A. (2015). O impacto da sexualidade feminina. *Revista de Universidade Vale do Rio Verde*, 13(2), 439-446.

Rezende, F. S., Lúcio, M. L., Almeida, A. A., Lima, A. R., Soares, M. L., Barbosa, F. A., Oliveira, S. C., & Fialho, M. A. B. (2019). Satisfação da mulher com o tratamento hormonal. *Revista de Universidade Vale do Rio Verde*, 17(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.5902/1981-1302.37043>

Silva, A. N., Santos, A. R., Barbosa, I. O. V., Campos, J. R., Almeida, S. R., Silva, M. L., Lima, P. Z., Moraes, E. C., Oliveira, M. J., & Lucio, D. C. A. P. (2020). Sexualidade feminina na menopausa: um olhar de maior abrangência. *Revista Brasileira Avanços Saúde*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.5902/1981-1302.37043>

Viana, F. J. C. (2012). *Sexualidade e menopausa* (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). <https://repositorio.ucp.pt/handle/1040012184/10400>

Fleury & Abdo (2010); Fonseca et al. (2015); Rezende et al. (2019); Silva et al. (2020); Viana (2012)




Sexualidade feminina e depressão

O que é a depressão?

A depressão consiste numa alteração do bem-estar psicológico da pessoa que influencia a sua saúde física e mental.

A depressão manifesta-se frequentemente por:

- alterações no estado de humor;
- perda de interesse por atividades habituais e normalmente agradáveis,
- sensação constante de pouca energia
- diminuição da atenção e concentração
- sensação de culpa constante
- diminuição do apetite
- baixa auto-estima e autoconfiança
- ideias de autolesão,
- alteração do padrão de sono
- ... ou outras...



Araújo & Bruns (2007); Moedas (2009)

O que é a depressão?

A depressão tendencialmente envolve múltiplos fatores e manifesta-se de diversas formas!

mas transversalmente...

**AFETA SEMPRE O BEM-ESTAR
E
REQUER ATENÇÃO E TRATAMENTO!**

O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO, TAMBÉM FAZ PARTE DA SUA SAÚDE!

SE TEM UM DESTES SINTOMAS, OU ACHA QUE NÃO SE SENTE BEM, PROCURE AJUDA JUNTO DO SEU ENFERMEIRO(A) E/OU MÉDICO (A)!



A DEPRESSÃO E A SEXUALIDADE

COMO PODE A DEPRESSÃO INFLUENCIAR A VIVÊNCIA DA MINHA SEXUALIDADE?

A DEPRESSÃO INTERFERE COM O BEM-ESTAR...

E por isso, é frequente, que os seus sintomas tenham de ser controlados com medicamentos, que são **fundamentais e eficazes** para o retorno ao estado de harmonia e equilíbrio, pois favorecem a sensação de bem-estar e felicidade.

Por vezes, o quadro de depressão, os seus sintomas, ou até mesmo alguns medicamentos **podem interferir na resposta sexual!**

(diminuição da excitação, do desejo/libido, da lubrificação, do desempenho sexual, do orgasmo, ...)

Por sexualidade não se trata apenas do ato sexual. A sexualidade manifesta-se de diversas formas, seja pelo contato físico, carinho, paixão, sensualidade, entre outras...



Araújo & Bruns (2007); Moedas (2009)

Estima-se que cerca de 45% das mulheres com diagnóstico de depressão e a tomar medicamentos antidepressivos vivenciem alterações na resposta sexual.

E destas mulheres, poucas têm abertura para reportar as suas queixas à equipa médica que as acompanham.

Muitas mulheres que vivenciam estas alterações assumem que têm de se acostumar a elas para conseguirem combater a depressão.

INFORME-SE!

A SAÚDE SEXUAL TAMBÉM É IMPORTANTE NA LUTA CONTRA A DEPRESSÃO, PROMOVE O BEM-ESTAR FÍSICO E PSICOLÓGICO

Araújo & Bruns (2007); Moedas (2009)

Priorize o seu bem-estar...

Se associado à sua depressão sente alterações na forma como vive a sua sexualidade e se isto interfere no seu bem-estar sexual, saiba que pode falar com o seu enfermeiro(a)/médico(a) e expor-lhe os seus desconfortos sem inibição.

Ele irá avaliar a situação e orientá-la na procura de bem-estar.

ATENÇÃO!!! **Jamais pare de tomar a medicação sem orientação!**

Araújo & Bruns (2007); Moedas (2009)

...e não se esqueça da sua sexualidade

Lute pela sua saúde mental, mas recorde-se que a sua saúde sexual também é importante. E pode ser sua aliada na promoção do seu bem-estar físico e psicológico.

Cuide da sua saúde mental e (re)conquiste a sua saúde sexual.

Referências:
Araújo, A. R., & Bruns, M. A. T. (2007). Sexualidade feminina e depressão: Diálogo entre os antidepressivos e psicoterapia. *Revista de Enfermagem UNPE*, 1(1), 214-218. doi: 10.5205/revista.195-8899-1-6-0102200728
Moedas, A. C. S. (2009). Sexualidade e depressão: associação entre sintomas depressivos e disfunções sexuais numa consulta de medicina geral e familiar [Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa]. Sistema Integrado de Bibliotecas, Repositórios, Inspecionadores e Portais de Acesso.

Araújo & Bruns (2007); Moedas (2009)

 <p>Namoras comigo durante o trabalho de parto?</p>	 <p>O trabalho de parto e o parto podem, e devem, ser momentos de cumplicidade para o casal.</p>
<p>A intimidade e a confiança entre o casal é essencial e contribui significativamente para a diminuição da dor e para a progressão do trabalho de parto</p> 	<p>O toque, a massagem, o beijo, o carinho, a troca de palavras, ..., induzem a produção de hormonas presentes, e muito importantes, durante o trabalho de parto.</p> 

O TOQUE...

O toque, a massagem, e as carícias do companheiro(a) aumentam os níveis de **oxitocina**.
(a principal hormona responsável pelas contrações uterinas e desenvolvimento do trabalho de parto - a hormona do amor).

Além disso, o toque possui efeitos sobre os níveis de dopamina e serotonina, e diminui os níveis de cortisol.

O toque possui efeito tranquilizador/calmante e diminui a sensação de *stress*.
E ajuda o bebé a nascer.



SENSAÇÕES PRAZEROSAS...

Os abraços, os beijos, as carícias, as massagens e o toque em zonas erógenas, nomeadamente nos mamilos estimulam a

produção de **ocitocina**

(que favorece a contratilidade uterina)
e proporciona sensação de conforto e intimidade.

Além disso pode ajudar na diminuição da dor.



É essencial que a mulher, e o casal, como dupla, durante o trabalho de parto, sintam confiança e consigam usufruir da intimidade para desfrutar da experiência que estão a vivenciar.

É possível que sinta sensações agradáveis, ou até mesmo prazerosas, durante o trabalho de parto ou parto. Não se sinta incomodada com isso, usufrua do momento da forma que lhe for mais confortável, conveniente e lhe fizer mais sentido.



Gianotten, W. L. (2022). Sexual Aspects of Labour and Birth. In S. Geuens, A. P. Mivšek, W. L. Gianotten (Eds.), *Midwifery and Sexuality*, (pp. 77-88). Editora.



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

9º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO ÂMBITO DA SEXUALIDADE APÓS O PARTO

Autora/preletora: Joana Cesário; **Sob orientação** da Professora Teresa Carreira, EEESMO Orientadora

Tema: Sexualidade após o parto

Participantes/destinatárias: Grávidas e companheiros

Data/ hora prevista: 31/01/2024 16h

Duração prevista: 60 minutos

Local: Sala de Reuniões da Unidade Local de Saúde

Material necessário: Computador, projetor, cadeiras, mesa

Objetivo geral:

- Capacitar a grávida para a vivência saudável da sexualidade após o parto
- Capacitar o companheiro para a vivência saudável da sexualidade após o parto

Objetivos específicos:

- Explicar em que consiste a vivência de uma sexualidade de forma saudável;
- Ensinar sobre as alterações físicas e psicológicas frequentes na mulher após o parto;
- Ensinar sobre as alterações do foro sexual frequentes após o parto;
- Ensinar sobre estratégias para a promoção da vivência da sexualidade após o parto de forma saudável;
- Informar sobre possibilidades de contraceção após o parto.

Constituição	Duração	Conteúdo	Método de apresentação	Avaliação da sessão
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da autora/preletora e orientadoras; • Apresentação do tema • Apresentação do âmbito de desenvolvimento do plano de sessão de educação para a saúde • Apresentação dos objetivos da realização da sessão de educação para a saúde 	Expositivo – com recurso a apresentação em <i>Powerpoint</i>	Questionar oralmente, de forma informal, as participantes se o tema abordado fora pertinente e do seu interesse;
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento do que consiste vivenciar a sexualidade de forma saudável; • Explicação relativa às alterações físicas e psicológicas frequentes na mulher após o parto; • Explicação sobre a mudança da vivência da sexualidade após o parto; • Explicação relativa às alterações do foro sexual frequentes após o parto; • Ensino de estratégias para a promoção da vivência da sexualidade após o parto de forma saudável; • Esclarecimento sobre possibilidades de contraceção após o parto. 		Questionar oralmente, de forma informal, as participantes se consideram que deveria ter sido abordado algum aspeto que não fora;
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas; • Agradecimento pela participação na sessão; 		

APÊNDICE XV – Apresentação digital da sessão de educação para a saúde realizada no contexto de ESMO na Comunidade

1 **VIVER A SEXUALIDADE APÓS O NASCIMENTO**
 Instituto Politécnico de Santarém
 Escola Superior de Saúde de Santarém
 1º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA
 UNIDADE CURRICULAR DE ESTÁGIO E DEBATE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA
 Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade
 11 janeiro, 2024
 Prof.ª Helena Coimbra (Mestranda do CHESD) e Prof.ª Helena Patrício (Vice coordenadora do CHESD)

2 **VIVER A SEXUALIDADE APÓS O NASCIMENTO**
 "A sexualidade engloba mais do que as relações sexuais. A sexualidade é, de facto, o que sentimos em relação a todo o nosso ser. Os indivíduos são seres sexuais desde o nascimento, orgãoando o seu caminho através de um processo de aprendizagem sexual que é contínuo e está em constante mudança para se adaptar às exigências do ciclo de vida."
 De onde é derivado, citado por (Lindhorst, 1995) e (Lindhorst, 2002, p. 1)

3 **A SEXUALIDADE É...**
 a procura de experiências sexuais prazerosas, agradáveis e seguras, vividas e expressas em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações.
MAS...
 Nem todas as pessoas exprimem e vivem a sua sexualidade da mesma forma, e nem todas o fazem sempre da mesma forma ao longo da vida.
A SEXUALIDADE É TRANSVERSAL A TODA A VIDA, MAS É INCONSTANTE E REQUER, POR VEZES, ADAPTAÇÕES

4 **VIVER A SEXUALIDADE APÓS O NASCIMENTO**
NO PERÍODO PÓS-PARTO...
 ... é necessário existir uma **reafirmação** da mulher/casal ao novo contexto e uma **reconstrução** da mulher, física e mentalmente.

5 **VIVER A SEXUALIDADE APÓS O NASCIMENTO**
PRECISAMOS DE FALAR...
 "O sexo pós-parto é uma daquelas coisas que as pessoas tendem a não falar muito, mas **devemos**... [] Há muita coisa a ser feita e a ser trabalhada depois de ter um bebé que nos afeta a sua vida sexual!"
 (Lindhorst, 1995) e (Lindhorst, 2002)

6 **ALTERAÇÕES FÍSICAS DA MULHER APÓS O PARTO**
ÚTERO E VAGINA: Retorna à posição e tamanho após 6-8 semanas.
LÓQUIOS: Podem ocorrer no mesmo período pós-parto, até 6-8 semanas.
EPIDIDIMITE/PERI-EPIDIDIMITE: Caracterizada por dor e inchaço, que pode ser devido a infecção e afetar ao toque.
ADOMEN: O abdómen pode voltar ao tamanho após 1 semana. Devido ao aumento de gordura de proteção do bebé.
MEMBRAS: Aumento da elasticidade e mobilidade das membranas pode causar sensação de falta de firmeza.
ALTERAÇÕES HORMONAIS: Flutuações de hormónios e alteração de níveis de estrogénio e progesterona.

ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS DA MULHER APÓS O PARTO
INSOBRANÇA
CRISAS/FRÓIDA
DISTINGUIMENTO DO COMPANHHEIRO
LIBERDADE EMOCIONAL VS. IRRESPONSABILIDADE
PERTURBAÇÃO DA PERCEÇÃO IMAGEM CORPORAL
PERTURBAÇÃO DA PERCEÇÃO DE SENSIBILIDADE E DOR
BIÇO DE BABYBUSS E DEPRESSÃO PÓS-PARTO

ALTERAÇÕES SEXUAIS DA MULHER APÓS O PARTO
 As trocas fisiológicas e psicológicas sexual durante os primeiros meses pós-parto são mais lentas e frágeis.
 A duração do período de orgasmo e a força das contrações orgásmicas estão reduzidas.
 Devido ao aumento da proliferação (cervicite) e diminuição das trocas, ocorre uma diminuição do líquido.
 O tónico da vagina, uretra e próstata podem estar "mais frouco" e frágeis.
 A inserção da espéculo pode ser prejudicada, pois não se pode inserir o espéculo no tempo.

ALTERAÇÕES SEXUAIS DA MULHER NO PÓS-PARTO
Amamentação
 As mulheres podem ficar extremamente cansadas e a relação pode ficar distante de representar um elemento essencial à sexualidade.
 O toque nos seios durante a amamentação pode gerar uma sensação de desconforto ou dor.
 Pode acontecer que durante a relação sexual ocorra sensação de falta de firmeza ou que possam ser reconhecidas.
Desempenho satisfatório?
 Satisfatório de acordo com a realidade.
 As amamentações, associadas à produção constante de prolactina e à baixa produção de estrogénio, geram diminuição da lubrificação.

PORQUE MUDA A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE APÓS UM FILHO?

FATORES INFLUENCIADORES DO CASAL

- Cansaço, fadiga e privação de sono
- Mudança na dinâmica e rotina do casal
- Alterações pessoais e generacionais. Ciclos vitais
- Mudanças físicas, emocionais e mentais
- Flutuações hormonais
- Cuidar no desenvolvimento do filho e política parental
- Atenuação da autoestima
- Alterações na rotina de vida
- Estado geral de saúde
- Expectativas de género, papéis e papéis
- Adaptação ao papel parental
- Identidade sexual VS identidade VS casal
- Liberdade (linguagem e manifestação sexual)
- Recurso de nova geração

10

SEXO? NEM PENSAR!

A SEXUALIDADE NÃO É, NEM PODE SER VISTA, COMO UMA OBRIGAÇÃO!

Condições
Preocupação
Desinteresse do parceiro
Ansiedade
Medo
Insatisfação de adaptação

11

MAS ENTÃO, QUANDO DEVEMOS RETORNAR A ATIVIDADE SEXUAL?

"Ai não, tão depressa não quero pensar em mais filhos!"

há vezes que uma mulher encontra um bom momento para retornar a sexualidade

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a maioria das mulheres após o parto volta a ter relações sexuais após 6 semanas. No entanto, cada mulher tem o seu próprio ritmo de recuperação. É importante falar com o médico sobre a possibilidade de voltar a ter relações sexuais e sobre a contraceção.

A SEXUALIDADE PÓS-GRÁVIDA É UM TEMPO PARA SE RECONSTRUIR E SE REDESCOBRIR. NÃO É UM DEVER, MAS SIM UM ESPORTE PARA SE REDESCOBRIR E SE RECONSTRUIR.

12

COMO DEVEMOS RETORNAR A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE?

13

COMO DEVEMOS RETORNAR A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE?

Vejamos a receita do bolo...

- Ingredientes em ordem alfabética
- Calor: Não se esqueça de aquecer os ingredientes
- Particular importância a todas as etapas
- Agitar sempre em casa... e sempre
- Autenticidade
- Clareza dos ingredientes
- Massagem perineal
- Tempo / Interação / Profundidade
- Leveza
- Espalhar
- Placotação do perineal público
- COMERCIALIZAR

14

COMO DEVEMOS RETORNAR A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE?

CAUSAS TRAZEM FERRAMENTAS CRIATIVAS...
BARRIERS CRIATIVAS

É BOM APÓS TER FICADO GRAVIDA TER UM BOM MOMENTO PARA RETORNAR A SEXUALIDADE. O CORPO NÃO É O MESMO, MAS O CORPO É O MESMO. O CORPO É O MESMO, MAS O CORPO É O MESMO. O BOM MOMENTO PARA RETORNAR A SEXUALIDADE É O BOM MOMENTO PARA RETORNAR A SEXUALIDADE.

PREVENIR RECONSTRUIR E REDESCOBRIR

Reconstrução do casal e reaproximação. Comunicação da intenção de voltar. Atividade de parceria de deslocação.

RECONSTRUIR O TEMPO EM CASA, E O ESPAÇO

"Quero saber que o meu corpo não mudou depois de ter tido um filho"

O BOM MOMENTO PARA RETORNAR A SEXUALIDADE É O BOM MOMENTO PARA RETORNAR A SEXUALIDADE. O BOM MOMENTO PARA RETORNAR A SEXUALIDADE É O BOM MOMENTO PARA RETORNAR A SEXUALIDADE.

15

COMO DEVEMOS RETORNAR A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE?

ATIVIDADES

Atividade sexual / espontânea
Exercício físico
Sexo e espaço
Lazer
Atividade de lazer...

CLIMAX DA AUTOMAGIA E AUTOCENTRADA

ORGANIZAÇÃO DE TÓPICOS

O sexo no momento das férias pessoais trata-se de um processo de libertação que nos dá um espaço de liberdade de expressão de ideias e sentimentos.

Construção de um espaço de liberdade e expressão de ideias e sentimentos. O sexo no momento das férias pessoais trata-se de um processo de libertação que nos dá um espaço de liberdade de expressão de ideias e sentimentos.

COMO DEVEMOS RETORNAR A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE?

MASSAGEM PERINEAL

- Cuidar-se e relaxar
- Usar um gel lubrificante de uso íntimo apropriado para o efeito
- Começar por movimentos circulares e horizontais, de regular intensidade
- Aplicar uma pressão firme, mas firme, realizando movimentos circulares no fundo da bacia do pélvis, no sentido vertical, longitudinal e horizontal de circular.
- Quando se sentir preparado, progressivamente a massagem do perineal passa a ser feita com movimentos de "V" e "X" para estimular o perineal e fazer deslocação lateral de "V" para os pontos de tensão sexual no corpo.

PARA PODER APLICAR MASSAGEM PERINEAL DEVE ADOPTAR UMA POSIÇÃO DE DEBILIDADE DO PÉ-DE-FRONTAL EM PÉ-DE-FRONTAL DO SEU MEMBRO COM INTERMIO DE BARRIERS.

How to do a perineal massage

1. Preparar o local para a massagem
2. Aplicar o gel lubrificante
3. Fazer movimentos circulares
4. Usar um dedo índice

MASSAGEM PERINEAL



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

9º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO ÂMBITO DA SEXUALIDADE APÓS O PARTO

Autora/preletora: Joana Cesário; **Sob orientação** da Professora Teresa Carreira, EEESMO Orientadora

Tema: Sexualidade após o parto

Participantes/destinatárias: Grávidas e companheiros

Data/ hora prevista: 12/07/2024 14h

Duração prevista: 60 minutos

Local: Sala de Reuniões da Unidade Local de Saúde

Material necessário: Computador, projetor, cadeiras, mesa

Objetivo geral:

- Informar sobre o papel do trauma perineal na vivência da sexualidade
- Informar sobre os dados recolhidos no trabalho de investigação

Objetivos específicos:

- Explicar o impacto do trauma perineal;
- Informar sobre as vivências das mulheres recolhidas durante o trabalho de investigação;
- Explicar o papel do enfermeiro/EEESMO no cuidado à mulher com trauma perineal perante a vivência da sexualidade;

9º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Constituição	Duração	Conteúdo	Método de apresentação	Avaliação da sessão
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da autora/preletora e orientadoras; • Apresentação do tema • Apresentação do âmbito de desenvolvimento do plano de sessão de educação para a saúde • Apresentação dos objetivos da realização da sessão 	Expositivo – com recurso a apresentação em <i>Powerpoint</i>	Questionar oralmente, de forma informal, as participantes se o tema abordado fora pertinente e do seu interesse;
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento sobre trauma sexualidade; • Esclarecimento sobre trauma perineal; • Informação sobre os dados recolhidos face às vivências sexuais das mulheres após trauma perineal • Explicação do papel do enfermeiro/EEESMO na promoção de uma sexualidade saudável após trauma perineal. 		Questionar oralmente, de forma informal, as participantes se consideram que deveria ter sido abordado algum aspeto que não fora;
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas; • Agradecimento pela participação na sessão; 		

APÊNDICE XVII – Apresentação digital da sessão de educação para a saúde realizada no contexto de ESMO no Bloco de Partos

1

2

3

4

5

6

De que forma a mulher vivencia a sexualidade após trauma perineal?

SCOPING REVIEW

- Projeção realizada na base de dados PubMed e guidelines EMBASE
- Intervalo temporal 2014-2015
- 1 artigos - 419 participantes

TRABALHO DE CAMPO

Selecção de mulheres (grávidas ou pós-parto) que, voluntariamente, vivenciam vida em parte vaginal com trauma perineal

- Projeto de investigação submetido a aprovação do CESG e ULS
- Modelo Top
- Consentimento informado
- Guia de entrevista com subtemas
- Realização de 1 entrevista

*Curso de Investigação e Inovação Clínica

10

De que forma a mulher vivencia a sexualidade após trauma perineal?

CONSENTIMENTO INFORMADO

TRABALHO DE CAMPO FERRAMENTAS

11

De que forma a mulher vivencia a sexualidade após trauma perineal?

GUÍO DE ENTREVISTA

TRABALHO DE CAMPO FERRAMENTAS

12

De que forma a mulher vivencia a sexualidade após trauma perineal?

ESTRUTURA DA ENTREVISTA

- Legitimação da entrevista
- Vivência experienciada
- Estratégias adotadas
- Impacto do trauma perineal na vivência sexual
- Correção da vivência sexual antes e após trauma perineal
- Papel das profissionais de saúde

TRABALHO DE CAMPO FERRAMENTAS

13

De que forma a mulher vivencia a sexualidade após trauma perineal?

RELATOS DAS PARTICIPANTES: *“Desafio / luta pela que vivência ficar “normal”.*”

- “Falta de informação”** (partilha de ideias)
- “Preocupação de “gravidar”**
- “Falta de informação sobre o parto”** (partilha de ideias)
- “Falta de informação sobre o parto”** (partilha de ideias)
- “Falta de informação sobre o parto”** (partilha de ideias)
- “Falta de informação sobre o parto”** (partilha de ideias)
- “Falta de informação sobre o parto”** (partilha de ideias)
- “Falta de informação sobre o parto”** (partilha de ideias)
- “Falta de informação sobre o parto”** (partilha de ideias)
- “Falta de informação sobre o parto”** (partilha de ideias)

- “Desconhecimento da importância dos exames, técnicas, técnicas de parto”**
- “Evitar de episódios de hemorragias”**
- “Preocupação com a dor”**
- “Falta de informação sobre o parto”** (partilha de ideias)
- “Falta de informação sobre o parto”** (partilha de ideias)
- “Falta de informação sobre o parto”** (partilha de ideias)
- “Falta de informação sobre o parto”** (partilha de ideias)
- “Falta de informação sobre o parto”** (partilha de ideias)
- “Falta de informação sobre o parto”** (partilha de ideias)
- “Falta de informação sobre o parto”** (partilha de ideias)

Beloche, Dora et al. 2015; Dória et al. 2016; Mota et al. 2011; Beloche, Dora et al. 2015; Dória et al. 2016; Beloche, Dora et al. 2015

14

De que forma a mulher vivencia a sexualidade após trauma perineal?

Conclusões preliminares

Os achados do trabalho de campo corroboram os artigos analisados

- Impacto físico e psicoemocional, predominantemente negativo;
- Falta de informação e esclarecimento;
- Falta de profissionais aptos e disponíveis para abordar o tema;
- As mulheres sentem necessidade de abordar o tema;
- Mulheres adotaram estratégias em si próprias;
- Necessidade de investir em investigação e formação sobre a temática;

Necessidade de “normalizar” e “desconstruir” a temática da sexualidade

15

Promover uma vivência saudável da sexualidade após trauma perineal

- Enfocar-se sobre recursos desconstrutores que possam surgir;
- Realizar e incluir sobre cuidados e estratégias que possam estar desconstruindo barreiras à comunicação entre o casal;
- “Publicidade” no PS (realização) como fonte de informação disponível e apta ao tema;
- Informar ao PS aptas e disponíveis;
- Preparar uma sexualidade saudável após o parto.

Abordar a temática da sexualidade

O papel do EESSMO

- Regulamento de Competências nº 150/2015 e Regulamento de Competências nº 150/2015;
- A promoção da saúde sexual é da competência do EESSMO;
- O trauma perineal é abordado pelo plano de competências do EESSMO;
- O enfermeiro e o PS de referência para a mulher (o casal), tradicionalmente, ao longo de todo o ciclo de vida;
- Perpetuar e combater de planeamento familiar, também, como uma estratégia de promoção da saúde sexual;

Espaçamento Entre Linhas

LET'S GO!

- A experiência sexual após trauma perineal implica consequências tradicionalmente negativas;
- As mulheres relatam necessidade de informação e de acompanhamento de profissionais de saúde competentes;
- O EESSMO deve e constitui um elemento de referência presente e pró-ativo na promoção da saúde sexual e reprodutiva, de forma a promover vivências mais saudáveis e satisfatórias;
- É necessário fomentar a investigação e o ensino teórico sobre a sexualidade (e não apenas específica).

“Durante muitos anos tem sido difícil falar a sexualidade para uma mulher vítima e depressiva de parto normal...” - a mãe

Linha de Orientação de Referência de Saúde Sexual

INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH

A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA MULHER APÓS TRAUMA PERINEAL: A PERSPETIVA DA MULHER

Joana Patrícia Pereira Cesário¹; Teresa Margarida Carneira²
¹ Enfermeira e Mestranda do 9º CMESMO; ² EBSMO e Docente na EBS

INTRODUÇÃO

A forma como a mulher vive a sexualidade é delineada pelos seus interesses, condicionantes de saúde e etapas de vida. O parto, nomeadamente se for via vaginal e se ocorrer trauma perineal (laceração ou episiotomia), pode impactar a vida sexual da mulher, influenciando a forma como a sexualidade é vivida e perspetivada. Releva-se que o EESMO compreenda as vivências sexuais da mulher neste contexto para que possa intervir no âmbito da promoção da saúde sexual.

Palavras-chave: mulher, trauma perineal, parto vaginal, sexualidade

OBJETIVO

Compreender quais as vivências da mulher relativamente à sua sexualidade após um parto vaginal com trauma perineal.

METODOLOGIA

Scoping Review conforme Joanna Briggs Institute®, com pesquisa realizada na *Pubmed* e plataforma *EBSCOhost* no intervalo temporal de 2014–2023 e aplicando a expressão de pesquisa: (sexuality) AND (woman) AND (delivery, obstetric) AND (pelvic floor disorders OR perineal injury OR perineal trauma). Posteriormente, trabalho de campo com realização de entrevistas a mulheres abrangidas pelos critérios de inclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na vivência sexual, as mulheres relatam:

- Dor, por vezes com necessidade de analgésicos;
- Medo e ansiedade;
- Recomeço da vida sexual por obrigação;
- Diminuição da libido e prazer;
- Diminuição da elasticidade dos tecidos;
- Perceção de inutilidade do órgão genital;
- Receio de descontrolo de esfíncteres;
- Diminuição da autoestima e confiança;
- Episódios de choro;
- Relevância do apoio e compreensão dos pares;
- Adoção de estratégias para alívio de desconfortos;
- Benefício na comunicação do casal;
- Falta de apoio de profissionais de saúde;
- Informação escassa e/ou pouco fidedigna.

Após um parto, designadamente, com trauma perineal, muitas mulheres denotam um declínio da sua saúde sexual com alguma dificuldade em restabelecer a harmonia. Isto, pode ser associado, em parte, à falta de abertura por parte da mulher para abordar o problema, bem como escassez de profissionais de saúde aptos e disponíveis para intervir neste âmbito.

CONCLUSÃO

A investigação confirma que o trauma perineal tem impacto na vivência sexual e denota quais as perceções associadas. As mulheres recordam, tendencialmente, vivências repletas de sentimentos negativos e sensações dolorosas, bem como falta de apoio de profissionais de saúde.

Destaca-se a pertinência de fomentar a investigação científica e sensibilizar os profissionais de saúde para intervir neste âmbito, designadamente os EESMO, como elementos de referência para a saúde da mulher.

EXPERIÊNCIAS BILÓGICAS

