



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

Imagem corporal e sexualidade na gravidez.

Maria Inês Martins e Melo Ferreira

Orientador(es) | Ana Maria Aguiar Frias

Évora 2020



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

Imagem corporal e sexualidade na gravidez.

Maria Inês Martins e Melo Ferreira

Orientador(es) | Ana Maria Aguiar Frias

Évora 2020



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus:

- Presidente | Margarida Sim-Sim (Universidade de Évora)
- Vogal | Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora)
- Vogal-orientador | Ana Maria Aguiar Frias (Universidade de Évora)



AGRADECIMENTOS

Para a realização do presente relatório de estágio, contei com vários apoios, tanto diretos como indiretos de diversas pessoas e instituições às quais estou e serei eternamente grata. Correndo o risco de injustamente não mencionar algum dos contributos quero deixar expresso os meus agradecimentos:

À orientadora deste relatório, a Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias, pela orientação prestada, pelo seu incentivo, disponibilidade e apoio que sempre demonstrou. Estes agradecimentos estendem-se às supervisoras dos respetivos ensinamentos clínicos por todos os ensinamentos transmitidos, desde os teóricos, aos práticos e sobretudo humanísticos (parte fulcral nesta profissão). Sem dúvida que tive muita sorte em ter encontrado profissionais de excelência neste meu percurso. A todos o meu mais profundo agradecimento. Não poderia deixar de agradecer à minha família pela força e pelo carinho que sempre me prestaram ao longo de toda a minha vida académica. A todos os amigos e colegas pela paciência, atenção e força que prestaram em momentos mais difíceis. Agradeço também a todas as grávidas e puérperas que colaboraram no preenchimento dos inquéritos. Agradeço a vossa atenção e paciência, sem vós a recolha destes dados teria sido impossível. Por fim, mas não menos importante agradeço à Escola Superior de Enfermagem São João de Deus por ter tido a oportunidade de fazer parte dela e de tudo o que me proporcionou. Por isso, muito obrigado a todos.



RESUMO

Diante da realização do estágio de natureza profissional, foi realizado um relatório onde estão descritas as atividades desenvolvidas referentes às competências do Enfermeiro Especialista. Simultaneamente foi desenvolvida uma investigação científica que teve como objetivo investigar como a mulher percebe a imagem corporal e a sexualidade no ciclo gravídico. Foi constituída uma amostra de 100 grávidas e puérperas que receberam atendimento pré e pós-natal durante o estágio e que preencheram o questionário. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal. No estudo verificou-se que as mulheres dentro da faixa etária entre os 20 e os 34 anos, são as mais satisfeitas com a qualidade dos seus orgasmos e que as mulheres que dão mais atenção às formas do seu corpo são as que têm mais atividade sexual. Considerou-se que cada mulher vive esta fase do ciclo de vida de forma diferente, sendo importante um bom aconselhamento profissional especialista na área.

Palavras Chave: Imagem Corporal, Sexualidade, Gravidez, Saúde, Bem-estar, Satisfação.



ABSTRACT

Image Body and Sexuality in Pregnancy

Faced with the realization of the internship of a professional nature, a report was made describing the activities developed regarding the competences of the specialist nurse. Simultaneously, a scientific investigation was developed that aims to investigate how women perceive body image and sexuality in the pregnancy cycle. It was constituted a sample of 100 pregnant and postpartum women who received prenatal and postnatal care during the internship that completed the questionnaire. This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study. The study found that women between the ages of 20 and 34 are the most satisfied with the quality of their orgasms and that women who pay more attention to their body shapes are those who have the most sexual activity. It is considered that each woman lives this phase of the life cycle differently, and a good professional expert advice is important.

Key Words: Body Image, Sexuality, Pregnancy, Health, Wellness, Satisfaction.



*“Sexualidade é a possibilidade de viver o encontro,
a fusão de duas pessoas na dança da vida,
de experimentarmos a pulsação quente do existir.
Assim sendo, o ato sexual passa a ser um ato sagrado, um ato de amor.
E, o amor é a liga que nos une e nos dá a oportunidade de sobreviver”.*
(Teixeira, 2011)

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ANÁLISE DE CONTEXTO	12
2. FUNDAMENTAÇÃO DA ESCOLHA DA TEMÁTICA - REVISÃO DA LITERATURA 30	
3. METODOLOGIA.....	39
3.1. Objetivos do estágio e da temática.....	39
3.2. Tipo de abordagem metodológica.....	40
3.3. População-alvo do estágio e da temática.....	41
3.4. Análise de dados	41
4. EXECUÇÃO	50
4.1. Desenvolvimento do percurso de realização do estágio para aquisição de competências especializadas	50
4.2. Recursos materiais e humanos	73
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS 74	
5.1. Discussão de resultados.....	74
5.2. Processo de mobilização e aquisição de competências especializadas e de investigação	75
5.3 Cumprimento do Cronograma.....	76
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
6.1. Síntese de conceitos principais.....	77
6.2. Contributos/reflexão para o desenvolvimento pessoal/profissional	77
6.3. Análise crítica.....	78
6.4. Recomendações e sugestões para pesquisas futuras.....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
APÊNDICES.....	87

APÊNDICE A: Dados Estatísticos.....	88
APÊNDICE B: Declaração de Consentimento Informado para Grávidas e Puérperas.....	91
APÊNDICE C: Questionário sobre Imagem Corporal e Sexualidade na Gravidez	93
APÊNDICE D: Blogue com o Questionário sobre Imagem Corporal e Sexualidade na Gravidez	97
APÊNDICE E: Planejamento da Sessão de Formação de Apresentação do Projeto.....	102
APÊNDICE F: Sessão de Educação sobre a Sexualidade na Gravidez e Puerpério	105
APÊNDICE G: Avaliação da Sessão de Educação sobre Sexualidade na Gravidez e Puerpério	112
APÊNDICE H: Poster sobre Imagem Corporal e Sexualidade na Gravidez.....	114
APÊNDICE I: Certificado de frequência de formação profissional Curso Prático de Ginecologia para Medicina Geral e Familiar	116


Índice de Figuras

Figura 1. Quadro da Estrutura Física do piso1	14
Figura 2: Quadro da Estrutura Física do piso 2.....	14
Figura 3: Quadro da Estrutura Física do piso 3.....	14
Figura 4. Quadro da Estrutura Física do piso 0 do CHUA-Portimão.....	19
Figura 5: Quadro da Estrutura Física do piso 1 do CHUA-Portimão.....	19
Figura 6: Quadro da Estrutura Física do piso 2 do CHUA-Portimão.....	19
Figura 7: Quadro da Estrutura Física do piso 3, 4, 5 e 6 do CHUA-Portimão.....	20
Figura 8: Quadro da Estrutura Física do Hospital José Joaquim Fernandes	24
Figura 9: Gráfico da Idade	42
Figura 10: Gráfico dos Trimestre da gravidez.....	43
Figura 11. Gráfico da Escolaridade.....	43
Figura 12: Gráfico do Número de Gestações	44
Figura 13: Gráfico do Número de Partos	45
Figura 14: Gráfico Idade/ Qualidade dos orgasmos	46
Figura 15: Gráfico Trimestre/A frequência da minha atividade sexual	46
Figura 16: Gráfico referente a “Dou muita importância às formas do meu corpo/ A capacidade de me “soltar” e me entregar ao prazer durante as relações”	48
Figura 17: Gráfico referente à resposta a “Estou sempre a tentar melhorar as formas do meu corpo/ A diversidade das minhas atividades sexuais”	49

INTRODUÇÃO


Diante da realização do estágio de natureza profissional, inserido no contexto de aprendizagem de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, foi elaborado um relatório final. Trata-se de um estágio que foi desenvolvido durante 36 semanas, num total de 1152 horas (desde 17 de setembro de 2018 a 28 de junho de 2019), com interrupções de férias, dividido em seis campos de estágio, que abrangeram as diversas áreas do curso. Houve oportunidade de passar por diferentes contextos, tais como: Centro de Saúde de Portimão, Ginecologia/Grávidas até às 23 semanas do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) de Portimão, Bloco de partos/Urgências obstétricas e Ginecológicas do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja, Bloco de Partos/Urgências obstétricas e Ginecológicas do Hospital Nossa Senhora do Rosário do Barreiro, Internamento de Obstetrícia (Puérperas e Grávidas a partir das 24 semanas) do CHUA de Portimão e Bloco de Partos/Urgências obstétricas e Ginecológicas do CHUA de Portimão. No relatório referente a este estágio são abordadas as experiências, atividades e conhecimentos adquiridos nos campos de estágio, bem como os próprios locais de forma reflexiva e de modo a demonstrar o enriquecimento obtido para melhores práticas enquanto futura EESMO (Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia). Este relatório pretende demonstrar que o aluno desenvolveu determinadas competências, num contexto de cuidados de saúde direcionados e especializados à mulher/família/Recém-Nascido (RN) que fazem parte de determinada sociedade, promovendo a saúde desde o período anticoncepcional, pré-natal, ao período neonatal e pós-natal, em situações de saúde ou patológicas, empregando princípios de ética e responsabilidade.

Durante o estágio de natureza profissional, foi sendo desenvolvido simultaneamente um trabalho científico que se intitula: “Imagem corporal e sexualidade na gravidez”. Este estudo tem como objetivo investigar como a mulher percebe a imagem corporal e a sexualidade no ciclo gravídico. A escolha da temática surgiu pelo facto de ter sido detetada



a existência de vários mitos e dúvidas sobre o assunto neste período de vida da mulher, além de ter sido verificado ser um tema pouco aprofundado pelo profissional de saúde, nomeadamente o EESMO e ainda um tabu tanto para profissionais de saúde como utentes. Desta forma, o intuito é perceber quão a imagem corporal é importante na sexualidade neste período, assim como as suas repercussões e quais as ações a desenvolver com as grávidas para que possam aproveitar este momento especial da forma mais saudável e prazerosa. Considerando que para uma melhor prática de EESMO, é necessário saber quão importante para as mulheres são as alterações corporais decorrentes desta fase e qual a satisfação sexual durante a gravidez, para uma melhor promoção do bem-estar e saúde.

No que diz respeito à estrutura do relatório final, o mesmo divide-se em sete capítulos: Introdução, onde é contextualizado o estágio de natureza profissional, objetivos e justificação da escolha da temática; análise do contexto, o qual permite analisar o contexto de realização dos ensinos clínicos, assim como os seus recursos e fundamentar a escolha do tema mais aprofundadamente; metodologia do trabalho, clarificando o percurso realizado para a obtenção de resultados; execução da metodologia, no qual consta o desenvolvimento do percurso realizado durante o estágio para a aquisição das competências especializadas; análise reflexiva sobre o processo de aquisição de competências, onde é efetuada a discussão de resultados; considerações finais, onde se pode verificar a síntese dos principais conceitos a reter, descobrir contributos e refletir acerca do trabalho para um desenvolvimento pessoal e profissional e por último as referências bibliográficas onde se encontram todos os autores utilizados para fundamentação do presente trabalho. Este relatório tem assim duas componentes, uma descritiva, onde é exposto e evidenciado o desempenho ao longo dos ensinos clínicos, as competências e conhecimentos adquiridos associados aos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica, tendo em conta cada contexto clínico e uma componente de investigação no qual foi elaborado um questionário que foi tratado num programa de estatística, de modo a compreender como a imagem corporal influencia na sexualidade durante a gravidez. Para a sua elaboração foram utilizadas as normas da American Psychological Association (APA, 2010), 6.^a edição tal como indica o Regulamento do



Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem para obtenção do título de Mestre através da Universidade de Évora. O relatório respeita o Regulamento do estágio de Natureza Profissional e Relatório Final de Mestrado em enfermagem no que concerne à disposição da informação contida. De salientar ainda que foi aplicado o acordo ortográfico da língua portuguesa preconizado pela Universidade de Évora.

1. ANÁLISE DE CONTEXTO

Este estágio de natureza profissional contribuiu para a integração em várias equipas multidisciplinares de prestação de cuidados de saúde individualizados, assim como para conhecer diferentes contextos socioculturais. Tal como já referido, ao longo do estágio, foram diversos os campos frequentados, sendo que os campos de estágio decorridos no centro de saúde, nos serviços de ginecologia, obstetrícia e o último de bloco de partos foram realizados na cidade de Portimão. Inicialmente é feita referência a nível do contexto do estágio falando sobre a demografia, caracterizando a cidade de Portimão, seguido do Centro de Saúde de Portimão, posteriormente o Centro Hospital Universitário do Algarve (CHUA) de Portimão e respetivos serviços. O primeiro campo de bloco de partos decorreu na cidade de Beja, pelo que é primariamente explicado o contexto sociocultural dessa cidade e posteriormente o Hospital José Joaquim Fernandes, que faz parte da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), seguido da caracterização do serviço onde decorreu o ensino clínico. O segundo campo de estágio decorrido em sala de partos foi na cidade do Barreiro, o qual seguirá os mesmos tramites.

O município de Portimão, que fica situado no barlavento algarvio, estende-se por uma área próxima de 181,5 Km², com cerca de 55374 habitantes, distribuídos por 3 freguesias: Portimão, Alvor e Mexilhoeira Grande (PORDATA, 2018). A distribuição da população do concelho não é, no entanto, homogénea; de acordo com PORDATA, em 2011 a população encontrava-se mais concentrada na freguesia de Portimão, com cerca de 45 431 residentes, em segundo lugar a freguesia de Alvor com 6 154 habitantes e por último a freguesia da Mexilhoeira Grande com 4 029 cidadãos. No que concerne à evolução demográfica, é de notar que entre 2001 e 2018 o número de residentes no município aumentou de 45.212 para 55.392 indivíduos (PORDATA, 2018).

A estrutura etária da população portimonense em 2018, era de 35.290 indivíduos entre os 15 e os 64 anos (população ativa); 9.115 encontrava-se na faixa etária inferior a 14 anos e 10.969 acima dos 65 anos (PORDATA, 2018). Segundo os mesmos, o índice de

envelhecimento aumentou gradualmente desde 2001, apresentando um rácio de 114,8% para 120,3% em 2018 o que significa que tem havido uma progressiva tendência para o envelhecimento populacional, à semelhança do que sucede a um nível global.

No que diz respeito às principais causas de mortalidade em 2017, os tumores malignos ocupam o topo da lista e logo seguidas as doenças do aparelho circulatório (PORDATA, 2018).

Relativamente aos dados demográficos da cidade não se encontraram muitas informações recentes, sendo que a maioria dos dados disponíveis se referem à região do Algarve e não especificamente ao município de Portimão. No entanto, as informações conseguidas conseguem transmitir uma perspetiva geral das características da população portimonense.

Relativamente ao sexo da população do município de Portimão, no ano de 2011, PORDATA demonstra que 28.761 eram do sexo feminino e 26.853 do sexo masculino.

Foi na cidade de Portimão onde foi iniciado o estágio, mais precisamente no Centro de Saúde de Portimão, o qual decorreu dentro de oito semanas. Este fica localizado na Rua Almirante Pinheiro de Azevedo e tem duas extensões: a Extensão de Saúde da Mexilhoeira Grande e a Extensão de Saúde de Alvor.

A nível de recursos físicos, o Centro de Saúde de Portimão está distribuído por três pisos, para além da garagem onde os funcionários podem estacionar os seus veículos.

Piso 0: Garagem, com acesso aos pisos superiores por um elevador e dois acessos por escada

Piso 1: O primeiro piso tem duas entradas para os utentes, uma que dá acesso ao Módulo I e outra ao Módulo II

Recursos Físicos do piso 1		
Sala de Raio-X	Sala de sujos	Sala de limpos
Fisioterapia	Sala de observações	Gabinete de enfermagem
Depósitos /Arrumos	Salas técnicas	Material descontaminado
Saúde do Adulto	Tratamento roupa	Sala de reuniões
Terapia da fala	Gabinete médico	Psicologia

Gabinete de pequena cirurgia	Equipa de Cuidados Integrados (ECCI)	Telefonista
Arquivo	Vestiários feminino/masculino	Coordenação Enfermagem
Sala de Tratamentos	Sala de eletrocardiograma	Sala de auxiliares
Sala de emergência	Delegado de informação médica	Sala de sujeitos (Grupos I, II e III, IV)
Zona de refeições funcionários	Sala para ecografia	Grupos de Apoio a Saúde Mental Infantil (GASMI)
Casas de banho funcionários	Sala de aerossóis	Casa de banho utentes
Saúde escolar/Assistente social	Vacinação	Planeamento familiar

Figura 1. Quadro da Estrutura Física do piso1

No piso 1 são realizadas as consultas de recurso no Módulo I e as consultas com marcação decorrem no Módulo II. Ambos os Módulos têm um segurança à entrada, que além do seu trabalho de segurança, ajudam os utentes a perceber qual a senha que devem tirar segundo as suas necessidades.

Piso 2:

Recursos Físicos do Piso 2		
Depósitos /Arrumos	Sala técnica	Zona de refeições funcionários
Saúde do Adulto	Saúde Infantil	Sala de observações
Casa de banho utentes	Gabinete médico	Sala de sujeitos
Casas de banho funcionários	Planeamento familiar / Saúde Materna	


Figura 2: Quadro da Estrutura Física do piso 2

No piso 2 encontra-se a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), e a Unidade de Saúde Familiar (USF), no qual trabalha a equipa multidisciplinar de modo a atender os utentes da melhor forma possível.

Piso 3:

Recursos Físicos do piso3		
Depósitos /Arrumos	Gabinetes técnicos	Gabinete enfermeira chefe
Gabinete da direção	Gabinetes administrativos	Cafetaria
Sala para formação	Biblioteca / divulgação	Sala de sujeitos
Casas de banho funcionários	Gabinete da direção	

Figura 3: Quadro da Estrutura Física do piso 3




O Centro de Saúde de Portimão conta com uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, psicólogos, terapeuta da fala, assistente social, uma higienista oral, administrativas e fisioterapeutas.

Apesar do Centro de Saúde de Portimão apresentar diversas valências, o estágio decorreu na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), nas consultas de Saúde Materna e Planeamento Familiar. De acordo com o estipulado no DL n° 28/2008 (art.º 10º), a UCSP presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, dentro da área geográfica de influência - Portimão, no caso deste Centro de Saúde.

Tal como qualquer outro profissional de enfermagem, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) deve conhecer bem o seu local de trabalho, seja em termos de instalações, seja em termos de recursos técnicos e humanos, estrutura física, funcionamento do serviço, assim como os recursos que tem à disposição ou o modo como o serviço se integra e relaciona com os restantes serviços, permitindo gerir o seu trabalho com competência e mobilizar os recursos disponíveis de forma mais eficaz (Soares, M., Camelo, S.H.H., Resck, Z. M. R., & Terra, F.S. 2016).


De modo geral, nos primeiros dias de estágio os alunos são apresentados a todos os membros das equipas das várias valências – enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, administrativas, assistente social, terapeuta da fala, psicólogo entre outros. Uma vez que cada valência ocupa um espaço físico diferente, demorou algum tempo até haver um conhecimento de todos os funcionários, mas no final é possível conhecer pelo menos todos os funcionários da UCSP.

Segundo o Relatório Primavera, (2018), os recursos humanos são um dos fatores mais importantes na saúde, sumariamente porque são a união entre os princípios ético-jurídicos que protegem a saúde, as experiências do dia-a-dia dos indivíduos que se encontram debilitados nessa fase das suas vidas, um grande investimento no setor da saúde, representando a convivência com os utentes, sendo elementos decisivos no controlo epidemiológico, que têm o poder de influenciar estilos de vida o que se refletirá na confiança nas instituições de saúde.



Relativamente aos recursos humanos, o Centro de Saúde de Portimão conta com uma equipa multidisciplinar que nem sempre é suficiente em número, o que é mais notório nalgumas valências, porém, segundo o Relatório Primavera, (2018), o tema sobre a falta de recursos humanos, é um assunto que ainda carece de dados para ser devidamente esclarecido. No entanto, pelo que foi permitido observar, a gestão dos recursos humanos na UCSP do Centro de Saúde de Portimão, é bastante eficiente, pelo que os cuidados prestados aos utentes são, de um modo geral cuidados de qualidade. O Manual de Articulação de 2017 do Agrupamento de Centros de Saúde do Barlavento (ACeS) da UCSP de Portimão, demonstra responsabilizar-se em proporcionar um exercício de cuidados de qualidade, dando especial atenção ao desenvolvimento organizacional, através da inserção de uma abordagem dirigida em processos de trabalho que satisfaçam as necessidades dos utentes, garantindo boas práticas e contribuindo para um bom desempenho e motivação dos profissionais. Relativamente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros, (2001), assume que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional. Nem a qualidade em saúde se obtém só com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou ser simplesmente invisível no que toca aos esforços realizados pelos mesmos a fim de obter qualidade. Acrescenta ainda que cabe às instituições de saúde adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade.

O Centro de Saúde de Portimão funciona de segunda-feira a domingo; no entanto, a maior parte das valências funciona apenas de segunda a sexta-feira, entre as 8h e as 20h. Para assegurar este horário de funcionamento, em determinadas valências, alguns profissionais trabalham por turnos, num regime de rotatividade. A metodologia de trabalho adotada no Centro de Saúde de Portimão, em termos da enfermagem, assenta no método de trabalho individual. Por regra, os enfermeiros trabalham todos os dias na mesma valência do Centro de Saúde (Costa, J.C, 2004). Porém, os EESMO's ou Enfermeiros com outras especialidades, não realizam apenas consultas da sua própria especialidade, mas também realizam outros tipos de consultas, tais como consultas de: diabetes, adulto, saúde infantil, entre outras, assim como os enfermeiros generalistas realizam qualquer tipo de



consultas, solicitando a colaboração dos colegas especialistas sempre que necessário. São, portanto, organizadas listas por médico, ou seja, cada médico tem uma lista de utentes de várias especialidades (saúde do adulto, saúde materna, entre outras), e cada enfermeiro apoia um médico e os utentes que constam da sua lista. Ao nível do serviço, este modelo organizacional pode trazer algumas vantagens e desvantagens. De facto, ao ter mais contacto com determinada área durante um período alongado de tempo, o enfermeiro consegue dar uma melhor resposta aos utentes, visto conseguir desta forma aprofundar os seus conhecimentos nesse campo, conseguindo também, no caso de algumas valências, estabelecer relações fortes de empatia com os utentes que atendem, principalmente no que diz respeito à saúde materna, sendo este um fator bastante importante nesta área de atuação, tal como refere o Livro de Bolso do EESMO, (2015a). Por outro lado, isto pode ser um fator limitativo da atualização de conhecimentos do enfermeiro, que se restringe apenas a uma área específica da enfermagem, podendo inclusivamente levar à saturação do profissional. Apesar desta metodologia de trabalho, a supervisora clínica e a equipa de enfermagem tiveram o cuidado de diligenciar as consultas de saúde materna e planeamento familiar de modo a colaborar com a aprendizagem. Em termos de aquisição de conhecimentos, como aluna de enfermagem da especialidade de saúde materna e obstétrica e apesar de ser um estágio com um período tão limitado de tempo, foi possível obter uma visão global e abrangente do funcionamento do Centro de Saúde, de algumas especificidades inerentes a cada serviço, mas principalmente usufruir de várias oportunidades para aprofundar conhecimentos na área escolhida.

Para contextualização, o CHUA abrange 16 concelhos e é formado por três unidades hospitalares: hospital de Faro, hospital de Portimão e hospital de Lagos às quais se juntam os Serviços de Urgência Básica do Algarve e o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul. A denominação de Centro Hospitalar Universitário do Algarve veio através do papel do consórcio com a Universidade do Algarve relativa ao mestrado integrado em medicina, no quadro do centro académico Algarve Biomedical Center (formalmente: Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve), sendo que anteriormente era só designado por Centro Hospitalar do Algarve. Integrado no Sistema

Nacional de Saúde (SNS), o CHUA constitui-se como uma pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial (CHUA, 2019).

No relatório de contas do CHUA, relativamente ao ano de 2017 consta que o CHUA auxilia uma ampla área, distanciando a Unidade Hospitalar de Lagos cerca de 140 km do Serviço de Urgência Básico de Vila Real de Santo António e este dista 60 Km da sede do respetivo polo hospitalar. As duas principais unidades (Faro e Portimão) distam cerca de 70 km entre si, sendo que esta distância dificulta a deslocação eficiente de recursos, particularmente de profissionais e traz um gasto acrescido e não financiado pelo Estado quanto a diversos contratos de assistência técnica, cujos fornecedores não tratam o CHUA como um cliente, mas como uma multiplicidade de clientes, dado o número e dispersão dos locais onde os serviços têm de ser concedidos, produzindo ineficientes tempos de resposta (CHUA, 2017).

O CHUA de Portimão fica localizado num grande edifício, situado no sítio do Poço Seco em Portimão, onde funcionam diversos serviços e gabinetes distribuídos por pisos.

Piso -2: Encontra-se o Gabinete Médico Legal, Morgue, Centro de Resíduos, Aprovisionamento e Armazéns;

Piso -1: Serviço de Dietética, Central de Esterilização, Lavandaria, Bar de Apoio e Refeitório;

Piso 0: Neste piso fica a entrada principal para profissionais e utentes. À entrada encontra-se é o balcão de informações, onde os familiares podem solicitar o cartão de visitas, devendo mostrá-lo aos seguranças para poderem entrar nos elevadores e seguirem para o serviço onde estão os utentes.

Recursos Físicos do Piso 0		
Consultas Externas de diversas áreas	Dermatologia	Oftalmologia
Medicina Física e de Reabilitação	Biblioteca	Serviço de Psiquiatria (Internamento/Consulta Externa/Hospital de Dia)

Exames Especiais (Gastrenterologia/Otorrinolaringologia/Cardiologia)	Auditório	Gabinete de Administração
Saúde Ocupacional	Informática	Recursos Humanos
Serviço de Dietética	Recursos Humanos	Bar

Figura 4. Quadro da Estrutura Física do piso 0 do CHUA-Portimão

No piso 1

Piso 1: Neste piso encontram-se os serviços que prestam cuidados de carácter mais urgente/emergente.

Recursos Físicos do Piso 1		
Urgência Pediátrica	Urgência Geral	UCI (Cuidados Intensivos)
Bloco Operatório	Cirurgia de Ambulatório	Hospital de Dia de Oncologia
Imagiologia/Radiologia	Anatomia Patológica	Anestesiologia
Laboratório de Patologia Clínica	Gabinete da VMER (Viatura Médica de Urgência e Reanimação)	

Figura 5: Quadro da Estrutura Física do piso 1 do CHUA-Portimão

Piso 2: No piso 2 encontram-se os serviços dedicados aos cuidados de saúde da mulher/criança/recém-nascido.

Recursos Físicos do piso2		
Ginecologia	Obstetrícia	Bloco de Partos
Neonatologia	Hospital de Dia de Pediatria	Internamento de Pediatria
Gabinete de Registo do Recém-nascido	Cantinho da amamentação	Sala de sujos
Casas de banho funcionários	Gabinete da direção	Gabinetes Médicos

Figura 6: Quadro da Estrutura Física do piso 2 do CHUA-Portimão

Pisos 3,4,5 e 6: Nestes constam os serviços de internamento, local para onde os utentes são encaminhados após a triagem.

Recursos Físicos dos Pisos			
3	4	5	6
Ortopedia	Cirurgia 2 A (Cirurgia Geral e Urologia)	Medicina 3 A	Unidade de Cuidados Paliativos

Medicina 3C	Cirurgia 2 B (Cirurgia Geral Otorrinolaringologia)	Medicina 3 B	Especialidades Médicas
-------------	--	--------------	------------------------


Figura 7: Quadro da Estrutura Física do piso 3, 4, 5 e 6 do CHUA-Portimão

No piso 0 existem ainda vários outros serviços e gabinetes, tais como: Gabinete de Administração, Administradores Hospitalares, Arquivo Clínico, Aprovisionamento, Contabilidade/Tesouraria, Gabinete de Supervisão de Enfermagem, Gabinete Jurídico, Gabinete de Formação, Salas de Formação, Gabinete do Utente, Serviço Social, Serviços de Doentes, Medicina do Trabalho, Central de Seguranças e ainda um cabeleireiro e uma florista. Estas são as principais valências e serviços oferecidos pelo CHUA de Portimão, dispondo de um total de cerca de 288 camas e 21 berçários.

Este hospital está bastante bem concebido pela sua organização em termos físicos, pelo facto de determinados serviços que estão interligados se encontrarem no mesmo piso, havendo possibilidade de executar o circuito no menor tempo possível, sendo mais funcional e menos desgastante, quer para os utentes, quer para os funcionários.

Em termos de recursos humanos conta com cerca de 1035 assistentes operacionais, 494 assistentes técnicos, 1464 enfermeiros, 22 técnicos de informática, 222 de pessoal em formação pré-carreira, 384 médicos, 274 técnicos de diagnóstico e terapêutica, 64 técnicos superiores de saúde e 90 técnicos superiores (CHUA, 2019).

O serviço de Ginecologia encontra-se no 2.º piso, tal como referido acima, onde são admitidas mulheres grávidas até às 22 semanas, mulheres em situação de aborto e utentes do foro ginecológico/cirurgia ginecológica. As utentes podem ser provenientes do atendimento de urgência, consulta externa de ginecologia, consulta de diagnóstico pré-natal, referenciadas do centro de saúde ou através de cirurgia eletiva. As cirurgias podem ser realizadas em bloco operatório central se forem realizadas a partir das 20h, durante os fins-de-semana, ou em situações de cirurgias com maior risco, caso contrário são realizadas na sala cirúrgica do bloco de partos.



A nível de recursos físicos conta com três enfermarias com três camas e uma enfermaria com duas camas, todas servidas de wc com chuveiro, num total de 10 camas (sempre que possível, as grávidas ficam em enfermarias diferentes das utentes em situação de aborto ou pós-aborto), uma copa, um gabinete da enfermeira chefe, uma sala de trabalhos de enfermagem, uma sala de sujos, uma sala de tratamentos e um WC do pessoal do serviço.

A nível de recursos humanos, a equipa contém 12 enfermeiras: a chefe de serviço (EESMO), uma EESMO, uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica e as restantes enfermeiras generalistas, 8 assistentes operacionais em regime de *Roulement* e 11 Obstetras/Ginecologistas.

O Método de Trabalho utilizado pelos enfermeiros no serviço é o Método de Trabalho em Equipa, valorizando o método individualizado da prestação dos cuidados às utentes, tendo como vantagens principais, permitir que todos os elementos da equipa conheçam e estejam informados sobre todos os doentes, ao contrário do método funcional, em que cada elemento fica encarregue de executar uma tarefa (Spagnol, C.A et al., 2001). No serviço de ginecologia todos os enfermeiros recebem a passagem de turno de todos os doentes, contudo depois os seus cuidados incidem maioritariamente sobre os doentes atribuídos.

No turno da manhã, constam habitualmente quatro enfermeiros ao serviço, no turno da tarde um a dois enfermeiros e no turno da noite apenas um enfermeiro (número que pode variar consoante o número de utentes).

O quinto estágio a seguir descrito ocorreu no serviço de Internamento de Obstetrícia do CHUA – Portimão. Este serviço localiza-se no 2º piso deste hospital. O internamento em obstetrícia destina-se a grávidas de risco a partir das 23 semanas de gestação que tenham de permanecer em observação, puérperas e os seus Recém-Nascidos. O serviço de obstetrícia visa potencializar a saúde da grávida, da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (CHUA, 2019). Diariamente, são admitidas grávidas referenciadas pelos Centros de Saúde, médicos privados, Consultas de gravidez

de Alto Risco, da Consulta de Diagnóstico Pré-Natal, Consulta de Bem Estar Fetal (a partir das 35 semanas), onde realizam Cardiotocografia (CTG) e Ecografia.

No serviço de Obstetrícia existem 21 camas com os respetivos berços, distribuídas por sete enfermarias triplas, sendo que existem duas enfermarias equipadas com camas elétricas que são destinadas a mulheres que foram submetidas a cesariana, por se encontrarem mais debilitadas e uma enfermaria para grávidas munida de dois CTG's, uma sala de trabalho de enfermagem, secretariado de enfermagem, sala de Tratamentos, sala de sujos, casa de banho do pessoal do serviço, gabinete da enfermeira chefe e uma copa. Na entrada do serviço de Obstetrícia, pode-se encontrar o Cantinho da Amamentação, que se encontra em funcionamento das 12:00 às 18:00 horas e também se pode encontrar o gabinete de registo dos RN's, no âmbito do projeto "Nascer Cidadão", possibilitando os pais de fazerem o registo dos seus bebés. A informação do nascimento do bebé é dada ao respetivo Centro de Saúde, através da plataforma "Notícia do Nascimento" que é emitida pela equipa de Enfermagem no momento da alta.

O serviço de Obstetrícia é um serviço de porta fechada, ou seja, existe uma campainha, sendo que os funcionários têm um código de entrada. A porta mantém-se fechada e as assistentes operacionais identificam as visitas que dão entrada no serviço. Curiosamente, na altura em que decorreu o estágio, foi instalado um sistema de segurança com pulseiras eletrónicas para os RN's utilizarem no pé, de forma a evitar raptos. A mesma é desativada após alta hospitalar. O serviço dispõe de diversos profissionais de saúde distribuídos pelas seguintes categorias profissionais: Enfermeira Chefe (EESMO), 2 Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, 14 enfermeiros generalistas, 9 assistentes operacionais, 3 administrativas (que dão assistência a todos os serviços do piso), assistente social (comum a outros serviços do CHUA de Portimão), 11 Obstetras e 4 pediatras.

O terceiro local de estágio decorreu no bloco de partos da cidade de Beja. Segundo PORDATA, (2018) a cidade de Beja abrange uma área de 1 147,14 km² com 33.550 habitantes.

A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) é constituída por cuidados de saúde hospitalares, dos quais fazem parte o Hospital José Joaquim Fernandes de Beja, onde decorreu o estágio, cuidados de saúde primários (com treze Centros de Saúde e uma Unidade de Saúde Familiar) e cuidados de saúde continuados, com uma área de influência de 13 Concelhos, num total de 62 freguesias (ULSBA, 2019).

Quanto à evolução da estrutura etária dos residentes do Baixo Alentejo verifica-se que apresenta um elevado grau de envelhecimento, uma vez que em 2016, pelas estimativas do Instituto Nacional de Estatística (INE) referidas no Plano de Atividades e Orçamento, (2017), cerca de 24,6% da população total tinha mais de 65 anos, mais 4,5% que em 2011 e que 13,2% tinha idade inferior a 15 anos, menos 0,3% que em 2011. Estamos então perante um fenómeno de duplo envelhecimento da população portuguesa, caracterizado pelo aumento da população idosa e redução da população jovem.

O envelhecimento populacional da região está igualmente presente no índice de longevidade, uma vez que a população idosa com mais de 65 anos representa mais de metade dos idosos em 2011 (53,1%), contrastando com os 43,7% de 2001 (PORDATA, 2018). Associado também a este envelhecimento estão os óbitos por algumas causas de morte mais frequentes, como é o caso de mortes por doenças do aparelho circulatório, representando, em 2015, o valor de 33,5% contra os 29,7% da média nacional, mortes por diabetes (5,1% contra os 4,1% da média nacional), e mortes por doença do aparelho respiratório com 11,8% contra os 12,4% da média nacional (PORDATA, 2018).

Abordando mais concretamente o Hospital José Joaquim Fernandes, que se situa na Rua Dr. António Fernando Covas Lima, este é composto por um edifício principal, dividido em ala esquerda e direita, com 6 pisos e onde estão situados todos os serviços de internamento. No quadro abaixo consta a descrição do Hospital por pisos para uma visão mais global do mesmo.

Recursos Físicos do Piso -2			
Biblioteca	Administração	Refeitório	Lavandaria
Recursos Físicos do Piso -1			

Anatomia Patológica			
Recursos Físicos do Piso 0			
Imagiologia	Imunohemoterapia	Medicina Física e Reabilitação	UCI
Patologia Clínica	Serviço de Urgências		
Recursos Físicos do Piso 1			
Bloco Operatório	Cirurgia de Ambulatório	Ortopedia	
Recursos Físicos do Piso 2			
Cirurgia geral			
Recursos Físicos do Piso 3			
Especialidades Médicas		Medicina 1	
Recursos Físicos do Piso 4			
Cardiologia		Medicina 2	
Recursos Físicos do Piso 5			
Urgências e Emergências Obstétricas	Bloco de Partos	Obstetrícia	Neonatologia
Recursos Físicos do Piso 6			
Especialidades Cirúrgicas (ginecologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia e anestesiologia)			

Figura 8: Quadro da Estrutura Física do Hospital José Joaquim Fernandes

Faz ainda parte deste complexo hospitalar o Hospital de Dia e o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental que são dois edifícios diferenciados, porém agrupados no mesmo recinto. Este complexo apresenta ainda a cooperação com a Unidade de Hemodiálise.


O estágio realizado no Hospital José Joaquim Fernandes na cidade de Beja decorreu no piso 5 do hospital, mais concretamente no serviço de bloco de partos e urgências/emergências obstétricas. Foi um estágio muito especial por ser o primeiro contacto com o trabalho de parto e o parto em si, tendo sido além de um grande desafio, um momento enriquecedor não só a nível profissional, mas também pessoal.

A nível de recursos físicos o serviço de bloco de partos, este contempla urgências e emergências obstétricas, sala de parto e puerpério, sendo composto por 1 Sala de

admissão/urgência com WC, 2 salas de parto com berçário com reanimador e 2 sala de materiais/desinfecção, 3 enfermarias destinadas a grávidas (a primeira com 3 camas para grávidas em indução sem WC e a segunda com 2 camas para grávidas patológicas com WC) e 16 camas, divididas em 4 enfermarias mais 1 quarto com os respetivos WC's para puérperas, 1 sala de fórceps, um WC do pessoal do serviço; 3 WC's de grávidas; 1 sala de arrumações, vestiário, sala de enfermagem, sala de sujos, sala de tratamentos, copa, registo de recém-nascidos e gabinete dos médicos. Relativamente aos recursos humanos, destes fazem parte 7 enfermeiras generalistas, 16 EESMOS incluindo a chefe, 6 pediatras, 6 obstetras fixos, 6 anestesistas e 9 assistentes operacionais.

Comparativamente a outros locais de estágio em sala de partos, este serviço tem menor dimensão, o que pode ter a ver com a densidade populacional e ao número de partos realizados por ano. Segundo o livro de partos do serviço, ocorreram 1048 nascimentos e 1033 partos no ano de 2018. Apesar de ser um serviço mais pequeno e dos fatores mencionados, foi o local onde houve maior oportunidade de realização de partos, mais precisamente 21, e o local onde foi exequível ter mais contacto e empatia com as grávidas e puérperas. Neste local, a maior parte das mulheres eram portuguesas (alentejanas), em segundo lugar grávidas de etnia cigana e algumas nepalesas e indianas, o que se deve ao facto de existirem estufas perto do concelho em que se encontram comunidades destes países (Lemos, P. 2017). A comunicação com estas mulheres era em inglês e as que não sabiam falar português ou inglês, recorria a uma aplicação no telemóvel que traduzia algumas frases simples para melhor entendimento, pois a maior parte delas desconheciam a analgesia epidural, existindo necessidade de informar no que consistia a técnica entre outras informações relevantes.

Terminado o campo de estágio em sala de partos na cidade de Beja, seguiu-se o campo de estágio em sala de partos no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, mais precisamente no Hospital Nossa Senhora do Rosário, situado na Avenida das Forças Armadas. Este constituía uma instituição de menor dimensão e menos diferenciada, que funcionou durante quase 30 anos, com cerca de 115 camas, inaugurado a 18 de janeiro de 1959, dirigido pela Santa Casa da Misericórdia (CHBM, 2019). O edifício atual, em forma



de “H” munido de 6 pisos, com maior número de especialidades e de camas (cerca de 500), internou os primeiros doentes em 1985 e aí passou a ser chamado de Hospital Distrital do Barreiro, contando hoje com cerca de 1300 funcionários (CHBM, 2019). O Centro Hospitalar Barreiro Montijo foi então concebido a 1 de novembro de 2009, através do Decreto-lei n.º 280/2009, sendo a junção do Hospital de Nossa Senhora do Rosário/Hospital Distrital do Barreiro com o Hospital Distrital do Montijo. Com mais 30 valências clínicas, dando auxílio ao nível do Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia, Assistência Domiciliária e garantindo, quase todos os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica daí decorrentes. Tem uma área de ação que abrange os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, socorrendo uma população de mais de 213 mil habitantes, de acordo com o Censo de 2011 (CHBM, 2019).

O bloco de partos encontra-se no piso 0 deste Hospital, inserido no departamento da mulher e da criança, contando com 5 áreas de atuação: Admissão: 1 WC de pessoal, 1 gabinete de enfermagem (triagem de enfermagem com WC para grávidas), 1 sala de exames complementares de diagnóstico (CTG e ecografia) e 2 gabinetes médicos de observação; Bloco de Partos: 7 salas individuais de parto; Recobro: 2 camas com monitorização contínua de parâmetros vitais e 2 berços, sala de enfermagem e copa; Berçário: 1 ressuscitador e 1 incubadora de transporte neonatal; Bloco Operatório: 2 salas operatórias. Este serviço é de porta fechada, ou seja, existe uma campanha à entrada com código de acesso aos funcionários, entrando apenas as pessoas permitidas. Dispõe de pulseiras de sistema antirrapto para proteção dos recém-nascidos, a qual é colocada logo após o nascimento, junto dos pais, sendo retirado após a alta do RN. Aos acompanhantes e grávidas não é permitido levar telemóveis para dentro das salas de trabalho de parto, existindo um cacifo para guardar os seus pertences e uma lista das pessoas que entram e saem dentro do serviço, estando esta tarefa ao cuidado das assistentes operacionais. À entrada do serviço existe um secretariado e sala de espera onde as grávidas e respetivos acompanhantes podem aguardar.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa de enfermagem neste serviço trabalha por equipas (neste caso são 5), da qual fazem parte 17 EESMOS e 4 enfermeiras

a prestarem cuidados gerais, a maior parte em regime de *Roulement*. A chefe de serviço que também é EESMO faz a gestão durante as manhãs dos dias de semana, enquanto que nos restantes turnos é sempre destacada por si uma EESMO que desempenha funções de chefe de turno, sendo esta tarefa rotativa para todas. Além da equipa de enfermagem fazem parte 1 administrativa nas manhãs nos dias de semana, 10 funcionárias da equipa de assistentes operacionais, da equipa medica fazem parte 11 obstetras ficando 3 obstetras por turno, 9 pediatras ficando 2 de apoio por turno e 12 anestesistas, ficando 1 de apoio por turno.

De salientar que o número mínimo de enfermeiros na manhã são 3 EESMOS e 1 enfermeira generalista ou 4 EESMOS no turno na manha e da tarde e 3 EESMOS no turno da noite, ou seja, no turno da manhã e da tarde fica 1 EESMO na admissão, 1 em sala de partos, 1 em sala cirúrgica e 1 de recobro e no turno da noite 1 EESMO na admissão, 1 em sala de partos e 1 que se divide em sala cirúrgica e recobro. Segundo o Parecer N.º 21/ 2017 da OE, esta dotação não é segura, pois fica 1 EESMO encarregado das 7 salas de trabalho de parto e segundo o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna obstétrica é de 1 EESMO para 2 mulheres no 1.º estadio do trabalho de parto e 1 EESMO para 1 mulher no 2.º estadio de trabalho de parto, referindo ainda que é da responsabilidade do profissional envolvido no 2.º estadio, os cuidados inerentes ao 3.º e 4.º estadio de trabalho de parto.


O último estágio decorreu em contexto de cuidados de saúde especializados à mulher/RN/Família no Serviço de Bloco de Partos do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, na unidade de Portimão. O CHUA engloba uma região de Portugal com cerca de 182,06 km² de dimensão e uma população de 55.416 habitantes (PORDATA, 2018). Esta maternidade, não realiza partos de grávidas com menos de 34 semanas, pelo que têm indicação para se dirigirem para um hospital mais diferenciado, neste caso para o polo de Faro do CHUA, ou se não existir vaga neste último, as grávidas são enviadas para Évora e/ou para Lisboa. De notar que na altura em que foi realizado este último estágio, o polo de Portimão enfrentou uma crise a nível de falta de pediatras. Segundo o diretor do CHUA numa entrevista dada à RTP1, deveriam ter 18 pediatras e têm apenas 11, sendo que desses

11, 75% têm mais de 50 anos. Têm apenas 4 pediatras a realizarem turnos de 24h, porém, apesar de serem jovens, não têm competência na área da neonatologia. No Verão foram contratados alguns profissionais da área de Lisboa e realizados acordos com outras instituições de Lisboa de modo a tentar colmatar esta falta. Devido a esta situação a pediatria chegou a fechar, ficando sem internamento nem urgências e os bebés que não puderam ter alta nesses dias, foram encaminhadas para o hospital de Faro. Já o bloco de partos passou também alguns dias apenas com os serviços mínimos, tendo indicação de realizar apenas partos eminentes/emergentes, caso contrário as grávidas eram encaminhadas para o Hospital de Faro. Apesar desta situação não houve comprometimento da aprendizagem e do normal percurso do estágio.

Segundo o programa “Notícia do Nascimento” presente neste serviço, onde é efetuado o registo, o número de nascimentos em 2018 foram 1362, tendo sido divididos em 792 partos eutócicos, 52 partos distócicos com fórceps, 111 partos distócicos com ventosa e 407 cesarianas, das quais 190 foram eletivas.

A nível de recursos humanos o bloco de partos do CHUA de Portimão conta com 20 EESMOS, 10 enfermeiros generalistas, 8 obstetras (fixos) e 13 (prestadores de serviços externos), 7 anestesistas (fixos) e 4 (prestadores), 6 pediatras de apoio ao bloco de partos, 14 assistentes operacionais e 3 administrativas.

Relativamente aos recursos físicos do serviço mencionado, este conta com: uma sala de espera, receção, arrecadação, WC de utentes (um com chuveiros e outro sem), 3 salas de observação (duas com ecógrafo destinadas a urgências do foro da obstetrícia e uma sem ecógrafo destinada a urgências ginecológicas, 2 gabinetes médicos, vestiário do pessoal do serviço (masculino e feminino e separado), sala de CTG (munido de 2 aparelhos), sala de sujos, gabinete da chefe de serviço, sala de reanimação, sala de placentas, armazém, sala cirúrgica, 5 salas de parto com berçário, 1WC's sem chuveiro entre as salas de parto, sala de vigilâncias (parto cirúrgico), sala de vigilâncias (partos não cirúrgicos), sala de trabalhos de enfermagem e copa, WC do pessoal do serviço próximo das salas de parto, sala de enfermagem, vestiário para bloco operatório, adufa com acesso à sala cirúrgica do bloco de partos e neonatologia.




É um serviço de porta fechada, ou seja, o acesso é controlado com porta codificada à entrada do serviço. Os profissionais têm um código de segurança para entrar, enquanto que as utentes e acompanhantes devem tocar à campainha. Tal como o serviço de obstetrícia também existe o sistema de pulseiras antirroubo de recém-nascidos e sistema de videovigilância. A Urgência e Emergência Obstétrica encontra-se disponível 24/24 horas e assegura o atendimento durante a gravidez, parto e puerpério a todas as grávidas residentes ou que se encontrem no Algarve. Aquando do trabalho de parto, é disponibilizada analgesia epidural assegurada pelo Serviço de Anestesiologia segundo o CHUA, (2019), porém, este serviço não está disponível durante o turno da noite por escolha dos anestesistas, que se negam a realizar o serviço apesar de se encontrarem no local de trabalho. Por vezes, é colocado o cateter epidural antes do turno da noite, com prescrição para repicagens durante a noite, mas se uma mulher entrar durante o turno da noite, não é realizada analgesia epidural, pelo que fica ao cargo do EESMO o alívio da dor, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, tais como: musica, deambulação, bola de Pilates, controlo de iluminação na sala, ingestão de alimentos e kit para massagem de relaxamento e alívio da dor. A nível do parto, é permitido ter acompanhante e o corte do cordão umbilical pode ser realizado pelo pai ou pela mãe, sendo recomendado e reiterado pela OMS, (2013), 1 a 3 minutos após o nascimento, permitindo a passagem continua do sangue da placenta para o bebé de modo a diminuir o risco de enfermidades, tais como anemia ferropénica. É incentivado e promovido o contacto pele a pele, que consiste na colocação do bebé no peito da mãe imediatamente após o nascimento. O plano de parto é tido em conta pelos EESMOS, devendo ser elaborado entre as 28 e as 32 semanas de gravidez. Este plano de parto pode ser realizado nomeadamente no curso de Preparação para o Nascimento realizado no CHUA de Portimão. O plano de parto deve ser preenchido pela grávida e acompanhante e acompanhado de carta ao diretor do serviço e enfermeira chefe, sendo enviado por email.

2. FUNDAMENTAÇÃO DA ESCOLHA DA TEMÁTICA - REVISÃO DA LITERATURA

No estudo de Neto et al., (2015) a autoestima aumentada durante a gravidez surge como um ponto a favor da sexualidade. Já no estudo de Araújo et al., (2011), o aumento do abdómen foi expresso de diversas formas, tanto na vertente positiva como negativo, salientando a diminuição da libido. Pereira et al., (2018) defende que a aceitação corporal é uma das causas associadas a uma diminuição da atividade sexual e a investigação de Rocha et al., 2014 corrobora esta ideia, defendendo que a imagem corporal pode afetar a sexualidade na gravidez. Este último acrescenta ainda que a estética parece influenciar na performance sexual, podendo a grávida não se sentir tão atraente ou feminina, considerando que a imagem corporal e a sexualidade estão diretamente relacionadas, sendo de extrema importância as competências que o enfermeiro especialista tem para encaminhar a mulher neste sentido, de forma a viver esta fase de forma saudável e prazerosa.

A escolha da temática surgiu pelo facto de ter sido detetada a existência de vários mitos e dúvidas sobre o assunto neste período de vida da mulher, além de ter sido verificado também que é um tema pouco aprofundado pelo profissional de saúde e ainda um tabu para muitas pessoas, tanto profissionais de saúde como utentes. Fazendo a vida sexual parte da qualidade de vida do ser humano, a imagem corporal e a sexualidade na gravidez é um tema que merece mais atenção, assim como ser abordado perante as grávidas e futuras puérperas.

O período gravídico é marcado por inúmeras modificações na mulher devido a alterações hormonais, aumento do volume corporal decorrente do peso do feto, modificações a nível corporal, repercutindo na autoestima e na relação sexual (Castro & Dias, 2017). A vida sexual durante a gravidez pode ser afetada por um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais intensas (Queirós et al., 2011). São diversos os fatores que podem alterar a sexualidade, sendo descritas alterações da perceção da imagem



do corpo, diminuição de energia, sintomas e desconfortos fisiológicos, alterações de humor, necessidade de adaptação física, emocional, existencial e sexual (Medeiros et al., 2011). Estas modificações a nível corporal durante o período gestacional provocam segundo Coelho (2016), além da perda de autoestima, sentimentos de incapacidade de sedução e adaptação nesta nova fase do ciclo de vida da mulher, acrescentando dificuldades na sexualidade do casal.

Gravidez

Apesar de a gravidez ser entendida como uma fase muito especial, também pode acarretar diversas mudanças físicas e psicológicas para a mulher grávida, provocando sentimentos como o medo e angústia que podem afetar a relação conjugal (Neto et al., 2016). Os mesmos autores acrescentam que se trata de um período que altera a dinâmica da vida do casal devido ao fato de ser marcado por incertezas relativamente ao futuro, desenvolvendo alguma labilidade emocional na grávida, deixando-a mais vulnerável e insegura.

O período gravídico é um momento de grandes modificações tanto físicas como emocionais e até sexuais vividas pelo casal. Nesta nova fase torna-se fundamental que os mesmos consigam adaptar-se a variadas transformações, nomeadamente ao aumento do perímetro abdominal, crescimento das mamas, aumento do peso corporal, surgimento de náuseas e vômitos, ente outros, podendo desenvolver também perturbações emocionais (Medeiros et al., 2013).

Segundo Araújo et al., (2011), o período gestacional é um momento em que se encara importantes eventos vitais, tais como alterações físicas e também psicossociais, com consequências na dinâmica da família e na formação dos laços afetivos entre os respetivos elementos. Os mesmos referem ainda que certos autores defendem que a gestação é vista como uma altura de crise em que é necessária uma adaptação dos participantes.

Mudanças psicológicas e físicas na gravidez

Segundo Zanatta, Pereira e Alves (2017), a grávida experiencia sentimentos de alegria, tristeza, satisfação e insatisfação, sendo uma das causas o facto de deixar de ter o papel de filha para ter o papel de mãe, tendo de adequar o seu estilo de vida às necessidades do novo ser que irá nascer, pelo sentimento de ambiguidade por já ter algumas alterações físicas e psicológicas, porém ainda não sente o feto e pelas suas dúvidas e preocupações acerca da sua capacidade em ser mãe. Além destas mudanças a nível psicológico, estes autores salientam também as alterações a nível físico desde o primeiro trimestre, tais como: aumento das mamas, perceção de diferentes cheiros e gostos e sonolência.


Contribuição para aumento de autoestima

O estudo de Coutinho et al., (2014), aponta para a adoção de estilos de vida saudáveis, tais como evitar o consumo e exposição de agentes prejudiciais tais como tabaco e poluição, bem como a prática de exercício físico de baixa intensidade como benefícios para a saúde no sentido de melhorar o controlo de gordura corporal e favorecer interações psicossociais. Este autor, salienta também que as mudanças físicas decorrentes da gravidez, levam a mulher a alterar o seu vestuário, utilizando roupa mais larga e confortável para uma melhor postura corporal.

Meireles et al., (2015a) corroboram esta ideia, explicando que o facto da grávida praticar exercício físico pode influenciar de forma positiva a sua imagem corporal, além de prevenir o aumento de peso em excesso, produzindo um bem-estar a nível psicológico comparando com grávidas que não o praticam.

Sexualidade

Para abordar a temática da sexualidade, torna-se pertinente perceber a resposta sexual humana, neste caso na mulher. Segundo a Associação para o Planeamento Familiar,(2019) que descreve todas as fases do ciclo da resposta sexual humana em ambos os sexos (Fase do desejo, da excitação, do orgasmo e da resolução), existiram já vários modelos de resposta sexual humana, tais como: o modelo o modelo bifásico de Havenlock Ellis (1897),



seguido do modelo de William Masters e Virginia Johnson (1966), na década de 70, Helen Kaplan sugere um modelo trifásico e Posteriormente em 2004 Basson cria um modelo circular, numa tentativa de colmatar a linearidade progressiva dos modelos de Masters & Johnson e de Kaplan, de cariz sobretudo unisexual, além da necessidade de compreender a psicofisiologia sexual feminina.


Basson, (2011), defende que cada vez mais a sexualidade foca-se num todo e não só na genitália, num contexto integral, pois para ter boa qualidade na relação sexual é necessário existir uma boa interação entre os parceiros.

Pereira et al., (2018) descrevem que a função sexual compreende os domínios do desejo, excitação, orgasmo e aspetos como conforto, dor, lubrificação, prazer, interesse, satisfação, iniciativa e disposição sexual. Estes resultam de interações entre fatores biológicos, socioculturais e psicológico, definindo as práticas sexuais como meio para obter prazer e/ou satisfação sexual independentemente do tipo (vaginal, anal, oral e masturbação), assim como as suas maneiras de exercício.

Segundo Araújo et al., (2011) as manifestações relativas à sexualidade podem ter vários significados, sendo estes derivados de valores e páticas culturais e demonstram a diversidade de socializações que uma pessoa pode experienciar durante a sua vida, tais como a família, os tipos de escola, acesso aos meios de comunicação, redes de amigos, entre outros, pelo que essas socializações são importantes para a estruturação do indivíduo como um todo, criando a sua forma de compreender e viver a sexualidade.

As posições sexuais adotadas são referentes à forma como o corpo permanece durante o ato, pelo que estes domínios podem alternar consoante cada trimestre da gravidez devido a alterações hormonais, físicas, psicológicas, experiências, significados, papéis e contexto socioculturais a também podem interferir nas práticas e posições adotadas (Pereira et al., 2018)

Posto isto, não se deve pensar no corpo e na sexualidade apenas numa dimensão biológica, mas também sociocultural, com significados que vão crescendo e evoluindo na vida de cada pessoa e na história de cada sociedade (Araújo et al., 2011)



A sexualidade faz parte intrínseca da personalidade do ser humano, aliando experiências que vão desde o nível pessoal, afetivo e sociocultural a crenças e valores ao longo do seu percurso. Assim, cada pessoa gera a sua ideologia e simbologias no âmbito sexual com a sua própria cultura (Rocha et al., 2014).


Sexualidade na gravidez

Segundo Queirós et al., (2011) esta fase da mulher torna-se um desafio na preparação para um relacionamento triádico e também a continuação do relacionamento com o companheiro, pelo que a transição para a parentalidade pode iniciar ou agravar dificuldades sexuais, defendendo ser consensual que existe uma redução da frequência sexual à medida que a gravidez vai evoluindo.

Durante o período gravídico a sexualidade toma outras proporções, pois a mulher grávida passa por mudanças morfofisiológicas e psicológicas colocando-a de frente com novas emoções e que podem até mesmo afetar a forma da díade se relacionar. Salientam-se fatores como alteração da imagem corporal, diminuição do nível de energia, presença de sintomas fisiológicos, desconfortos gravídicos, adaptação aos novos papéis sociais, qualidade do relacionamento, alterações de humor, entre outros (Rocha et al, 2014).

O estudo de Queirós et al., (2011) aponta como razões mais frequentes a existência de fadiga, desconforto físico (incluindo dispareunia), preocupação com o bebé, aumento do volume abdominal, diminuição da autoestima devido a alteração da imagem corporal, incluindo motivos religiosos, culturais, mitos, antecedentes obstétricos (aborto, perda fetal ou infertilidade).

O casal pode deparar-se com desafios influenciados por fatores culturais, religiosos e familiares. Grande parte desses fatores tem presente o preconceito, mitos e tabus gerados em determinada época histórica e transmitidos de geração em geração. Alguns desses mitos que podem afetar a relação do casal são a crença de que a penetração pode magoar o feto, abortar ou desencadear o trabalho de parto, esta crença é um dos medos que afetam mais segundo os autores, acabando por inibir a sexualidade entre o casal (Rocha et al, 2014).




O desejo altera-se consoante cada trimestre, sendo que existe diminuição do prazer e satisfação sexual no primeiro e terceiro trimestres, existindo um declínio no que toca à capacidade de obter orgasmos durante todo o ciclo gravídico Queirós et al., (2011).

Araújo et al. (2011) referem, no seu estudo, que a forma de viver a sexualidade na gravidez está interligada à cultura e dão exemplos de como esta pode ser variada: as mulheres de nacionalidade nigeriana acreditam que o fato de terem relações sexuais durante esta fase do ciclo de vida traz benefícios por aumentarem o canal de parto, o que facilita o trabalho de parto e o parto; também no Japão acreditam que o coito pode amenizar o trabalho de parto; noutras sociedades a prática sexual é conotada como uma situação de perigo e pode provocar problemas relativos á impotência sexual, esterilidade e até mesmo dar à luz “monstros”.

Porém, o que mais interessa às mulheres neste período não são os aspetos genitais e o coito, mas sim a intimidade, proximidade, carícias, ternura, sendo este um fator determinante para melhorarem a sua autoestima e a relação com o parceiro Queirós et al., (2011).

Atualmente, em muitas sociedades a informação acerca da temática está cada vez mais presente, pelo que as mulheres estão mais informadas e são motivadas a praticarem e a terem prazer sexual, apesar das alterações que advêm da gestação (Araújo et al., 2011). Acerca deste assunto, Rocha et al., (2014). indicam que ter uma vida sexual ativa durante o ciclo gravídico ajuda no bem-estar da grávida e não acarreta riscos relativamente à rutura prematura de membranas, parto pré-termo, baixo peso ao nascer ou aumento da mortalidade perinatal, por outro lado, a prática deve ser inibida sim, em mulheres com risco obstétrico anterior, rutura prematura de membranas e incompetência do colo uterino, existência de hemorragias vaginais ou hipertensão arterial.


Sola et al. (2018) referem que existem mudanças a nível sexual em cada trimestre, corroborando o estudo de Queirós et al., (2011), ao salientarem também que no primeiro trimestre as alterações físicas e emocionais levam a uma redução na frequência da prática sexual e do desejo sexual; no segundo trimestre, o desejo sexual tende a regressar, devido a uma melhoria no bem-estar a nível físico da grávida, menos medo de perder o feto, melhor



lubrificação vaginal, além de terem mais facilidade durante o ato e no terceiro trimestre revelam que devido às limitações físicas, tais como tamanho e forma do corpo e pressão sobre o útero há uma queda na atividade sexual.

Imagem corporal e sexualidade na gravidez

Um fator que influencia na atividade sexual da mulher é a sua estética, ou seja, a grávida pode não se sentir atraente, o que pode baixar a sua autoestima comprometendo a vida sexual (Rocha et al., 2014). Nos últimos anos, tem existido um aumento no interesse pelo estudo da sexualidade feminina e em consequência na relação entre satisfação sexual e qualidade de vida, não existindo dúvidas que dificuldades ou disfunções sexuais interferem na qualidade de vida da mulher, diminuem a autoestima e também podem prejudicar relações interpessoais, fazendo com que haja um maior desgaste a nível emocional (Costa & Pinto, 2012). Atualmente parece que a sociedade dá grande importância a este assunto, sendo que a imagem que é transmitida pelos média institui que a mulher seja excessivamente magra e que durante o ciclo gravídico ganhem o mínimo de peso possível (Rocha et al., 2014). Jung, (2013), conceitualiza a imagem desta forma: “Uma entidade psíquica só pode ser um conteúdo do consciente, ou seja, só pode ser representada quando é representável, precisamente quando possui qualidade de imagem. Por isso chamo imagens a todos os conteúdos conscientes pois são reflexos de processos que ocorrem cerebralmente”. O conceito de sensualidade criado pelos média integra um mecanismo social, político e económico controlador no comportamento social e sexual da mulher. A hipervalorização do corpo perfeito pode criar várias inseguranças neste momento sensível, sendo estas preocupações com o corpo, relativamente ao peso, perda de cintura, aparecimento de estrias e celulite fulcrais (Rocha et al., 2014). Por outro lado, se durante a gestação o corpo e o espírito estiverem em sintonia, a mulher pode encarar a situação como um sacrifício da autonomia e do controlo do seu corpo em nome da vida do filho que está para nascer; a mulher vivencia esta fase de forma a deixar de fora o seu ego e pensa que tem um “corpo-acessório”, ao contrario das mulheres que pensam que este



sacrifício não é uma escolha mas sim uma invasão que as leva a uma dissociação da imagem (Petribú & Mateos, 2017).


Os nove meses de gravidez são marcados por uma rápida alteração hormonal caracterizada pelo aumento da produção dos estrogénios e progesterona e uma diminuição das gonadotrofinas; estando registadas alterações a nível dos tecidos, pele e capilares, aumento do volume do coração e diminuição da atividade intestinal, aumento da contração da bexiga e da sua reatividade e aumento do volume abdominal e dos seios, estando estas alterações físicas por vezes associadas a diminuição da autoestima, fraca atratividade e incapacidade de sedução (Silva & Figueiredo, 2005).

Adicionando a inquietação da perceção do parceiro no que toca à sua sensualidade e o receio de vivenciar uma traição do companheiro por não conseguir dar prazer ou ser suficientemente atraente a ponto de excitá-lo. Todo este processo interfere assim no relacionamento conjugal (Rocha et al., 2014).

Prado et al., (2013) dizem que também existe a informação de que em alguns casos é o companheiro que perde a libido e prefere inibir a relação sexual neste período gravídico, já para as mulheres, na globalidade, o afeto, o carinho e o respeito entre ambos são fatores que têm bastante peso na relação sexual e que caíram em desuso nos tempos atuais. Salientam ainda que a mulher fica mais sensível e tem mais necessidade de obter afeto, apoio e compreensão.

Importância do EESMO na promoção de autoestima para uma sexualidade na gravidez saudável

Devido a mudanças corporais, tabus, falta de orientação por parte de profissionais de saúde e ansiedade perante o parto e maternidade existe uma preponderância na resposta sexual feminina em todas as suas vertentes (autor). Posto isto, verifica-se uma influência negativa na função sexual feminina significativa e que não deve ser subestimada, pelo que o profissional de saúde deve ser capaz de investigar estas situações e minimizar a ansiedade das mulheres face às alterações que este período acarreta, estimulando os companheiros nas consultas, desmistificando dúvidas e tabus (Prado et al., 2013).



Barbosa et al, (2011) corroboram a ideia do autor anterior, dizendo que dados os mitos relativamente à sexualidade neste momento de mudanças, o profissional de saúde deve estar preparado para dar resposta à mulher acerca desta temática a fim de orientá-la. Neste caso, destaca-se o enfermeiro obstetra, que possui todas as ferramentas para educar para uma sexualidade saudável durante o período gestacional, sendo um direito da mulher ter disponível um serviço de saúde de qualidade, sendo um dever do ESMO gerir estas questões de modo a minimizar o medo e a ansiedade, motivar e ajudar a mulher a sentir-se melhor consigo própria e com o seu corpo.

3. METODOLOGIA

De modo a contextualizar esta investigação são apresentadas neste capítulo os objetivos do estágio e da temática, o tipo de abordagem metodológica e a população-alvo do estágio e da temática, sendo explicado como foram realizados os questionários, como foi selecionada a amostra e a análise a nível de estatística.

3.1. Objetivos do estágio e da temática

Objetivos do estágio

Prestar cuidados à mulher/companheiro inseridos na família e na comunidade:

- a) No âmbito do planeamento familiar e no período pré-concepcional;
- b) Na fase pré-natal;
- c) No âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
- d) Nos 4 estádios do trabalho de parto em situação de saúde ou situações patológicas;
- e) Durante o puerpério em situação de saúde ou situação patológica;
- f) Durante o período pós-natal;
- g) Em processos de saúde/patologia ginecológica;
- h) Tendo sempre responsabilidade a nível de ética e deontologia e apresentando empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados prestados e desenvolvimento de competências profissionais

Objetivos da temática

Geral:

Investigar como a mulher percebe a imagem corporal e a sexualidade no ciclo gravídico.

Específicos:

Identificar a perceção da imagem corporal na gravidez e as eventuais repercussões na satisfação sexual;

Obter competências para promover o bem-estar com o corpo e com a sexualidade durante a fase gravídica.

3.2. Tipo de abordagem metodológica

Foi constituída uma amostra aleatória de grávidas e puérperas que receberam atendimento pré e pós-natal nos diferentes locais de estágio no período previsto no estudo de setembro de 2018 até junho de 2019 e que se dispuseram a participar no estudo. Para tal, foram utilizadas duas estratégias: A primeira foi realizada através da supervisora clínica do centro de saúde, que disponibilizou as suas aulas de preparação para o nascimento decorrentes no gimnodesportivo de Portimão para entrega e preenchimento do questionário físico (Apêndice C) e consentimento informado (Apêndice B) às grávidas que frequentam o seu curso; a segunda estratégia foi a construção de um blogue (Apêndice D) para maior acessibilidade, no qual consta os objetivos do estudo e a estrutura do inquérito informando que os dados seriam apenas utilizados na investigação, assim obtendo o consentimento informado e a apresentando-se a seguir o questionário. Durante o estágio, foi sendo fornecido o link às grávidas e puérperas e após o submeterem, este era devolvido por email, tendo sido atingido um número de 100 questionários.

Na seleção das participantes utilizaram-se como critérios de inclusão: 1) compreender a língua portuguesa falada e escrita; 2) maioridade; 3) gravidez de baixo risco.

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, no qual foi feita a aplicação de duas escalas: (NSSS-S) Nova Escala de Satisfação Sexual- versão curta já traduzida e validada em português e da Escala (ABS) – A atenção às formas do corpo, em primeira tradução para português. Para poder utilizar estas escalas foi feito um pedido de permissão às respetivas autoras das Escalas NSSS-S e ABS, que concordaram com a utilização das mesmas.

O Instrumento de recolha de dados é composto por três secções. A primeira secção corresponde à caracterização sociodemográfica (idade, nacionalidade, escolaridade,

profissão, estado civil, duração da conjugalidade, número de filhos). A segunda secção diz respeito à escala (NSSS-S) A Nova Escala de Satisfação Sexual – versão curta é um instrumento de 12 itens marcada de 1 a 5 na escala Likert em que 1 significa “nada satisfeito” e 5 “extremamente satisfeito” proposta por Pechorro et al., (2016). Na terceira secção conta a Escala (ABS) – A atenção às formas do corpo, em primeira tradução para português, composta por 7 itens marcada de 1 a 5 na escala de Likert em que 1 significa “Decididamente discordo” e 5 “Decididamente concordo” proposta por Dean W. Beebe (2010). O tempo de preenchimento do questionário foi estimado em 5 a 10 minutos. Para o tratamento e análise dos dados, foi utilizado o Software IBM® SPSS®, versão 24.

Para a colaboração deste relatório não foi necessária a identificação das grávidas e puérperas. As respostas dadas pelas mesmas ficam em anonimato, sendo transmitida a possibilidade de desistência em qualquer momento, sem qualquer consequência ou dano, garantindo que estas informações não serão facultadas a terceiros. Os princípios éticos são tidos em atenção. Os dados recolhidos destinam-se a ser utilizados com fins académicos e serão eliminados após discussão das provas públicas do Mestrado.

3.3. População-alvo do estágio e da temática

O presente estudo foi realizado ao longo de um estágio final e desenvolvido em várias instituições, tal como já referido anteriormente, tendo como população-alvo grávidas, puérperas, mulheres em idade reprodutiva, mulheres na menopausa e recém-nascidos até aos 21 dias.

No entanto, as participantes do estudo da temática foram as grávidas e puérperas que se dispusessem a colaborar no estudo durante o período de estágio nos respetivos locais além das grávidas que frequentavam as aulas de preparação para o nascimento decorrentes no gimnodesportivo de Portimão.

3.4. Análise de dados

A estatística consta como uma ciência que tem como objetivo oferecer métodos e técnicas para tratar dados, em ocasiões rendidas por incertezas. Depois de recolher os

dados, segue-se a análise descritiva, um método que tem como função organizar, resumir e descrever os aspetos significativos de aspetos identificados ou observados (Reis e Reis, 2002). Após a realização da análise descritiva, recorreu-se a uma análise estatística simples. Neste capítulo encontra-se a análise dos dados que foram obtidos através do inquérito por questionário, que foi respondido por cem grávidas e puérperas. A análise foi realizada através do Programa SPSS e foi organizada em 3 pares: i) Dados Sociodemográficos, ii) (NSSS-S) Nova Escala de Satisfação Sexual- versão curta já traduzida e validada em português, iii) Escala (ABS) – A atenção às formas do corpo, em primeira tradução para português.

A nível dos dados sociodemográficos, tal como já salientado, a amostra obtida deste estudo é composta por 100 mulheres que podem ser grávidas ou puérperas, sendo que as grávidas deveriam referir o trimestre em que se encontravam e as puérperas basear-se-iam na sua vivência durante o 3º trimestre.

A análise permitiu constatar que em relação à idade (Figura9), a maioria das mulheres (70%) situa-se entre os 20 e os 34 anos de idade, 23% tem mais de 35 anos e apenas 7% tem menos de 19 anos. A Figura 9 sistematiza os dados relativos à idade dos respondentes.

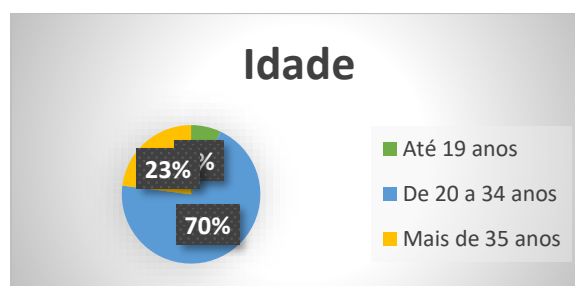


Figura 9: Gráfico da Idade

No que concerne à nacionalidade os dados demonstram que a amostra era composta maioritariamente de mulheres Portuguesas (90%), existindo 7% de mulheres de nacionalidade Brasileira, 2% de nacionalidade moldava e 1% de nacionalidade Luso-Australiana (Apêndice A).

Relativamente ao trimestre em que cada mulher se encontrava (Figura10), 1% respondeu que se encontrava no 1º trimestre, 20% no 2º trimestre e 79% no terceiro trimestre. Este resultado também se pode dever ao facto de que as aulas de preparação para o nascimento são lecionadas a partir das 26 semanas, ou seja, mais a partir do terceiro trimestre. Por outro lado, como o questionário pedia às puérperas para se basearem nas suas vivências no último trimestre da gravidez, isto pode tê-las induzido em erro e terem colocado 3º trimestre. Algumas podiam até mesmo não saber qual o significado puerpério.

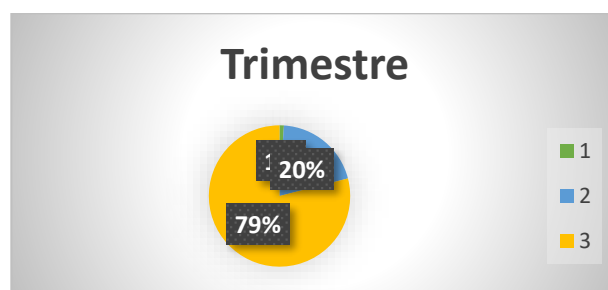


Figura 10: Gráfico dos Trimestre da gravidez

Segundo a Figura 11, a maioria das inquiridas são licenciadas (52%), 28% têm o 12º ano, 8% foram à escola até ao 9º ano, 7% concluíram o Mestrado/Doutoramento e 5% detêm outros ensinos, pelo que se pode concluir que é uma amostra literada.

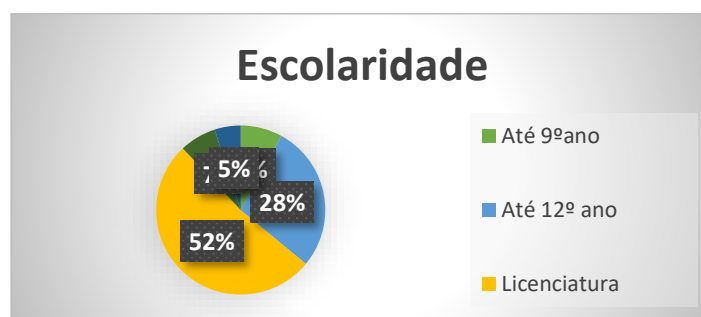


Figura 11. Gráfico da Escolaridade

Relativamente ao estado civil, pode constatar-se que 68% das participantes se encontravam em união de facto/casadas, 28% eram solteiras, 3% viúvas e 1% separada/divorciada (Apêndice A)

Os dois seguintes gráficos mostram o número de gestações (Figura12) e o número de partos de cada mulher (Figura13). Pode-se analisar que a nível de gestações, metade das mulheres tiveram apenas uma gestação, 32% das mulheres tiveram até duas gestações, 4% 4 ou mais gestações e 1% 0 gestações. Este último resultado, levantou questionamento pois todas as mulheres eram grávidas ou puérperas, pelo que já teriam de ter uma gestação pelo menos, pelo que se depreende que poderá haver o caso de algumas pessoas não considerarem a gestação atual como uma gestação.

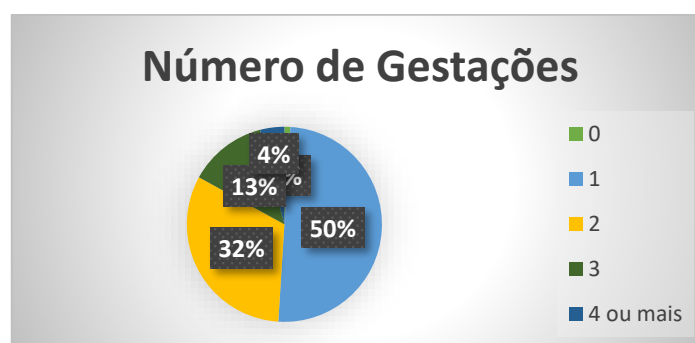


Figura 12: Gráfico do Número de Gestações

Relativamente ao Número de Partos, a figura 13 mostra que mais de metade das mulheres (52%) nunca pariram, 32% pariram uma vez, 13% pariram duas vezes, 2% pariram 3 vezes e 1% pariram 4 vezes ou mais, pelo que se pode concluir que mais de metade das inquiridas são primigestas.

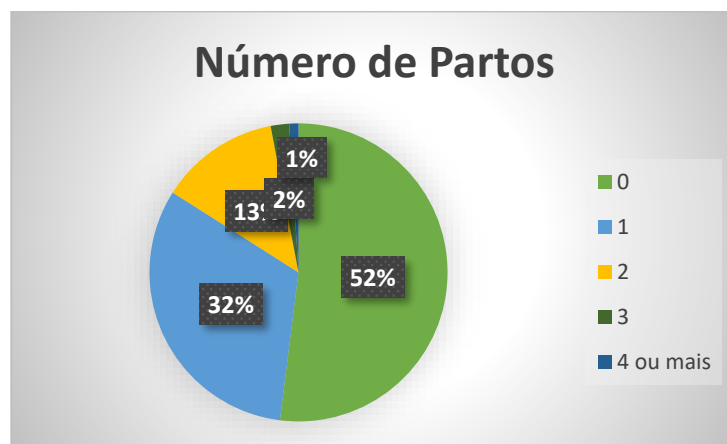


Figura 13: Gráfico do Número de Partos

No que toca ao tema gravidez desejada ou indesejada, o Gráfico sobre a gravidez, no Apêndice A, demonstra que a maior parte foram gravidezes desejadas, ou seja, 98% responderam afirmativamente para gravidez desejada e apenas 2% responderam que foi uma gravidez indesejada. No caso das participantes que alguma vez falaram com um profissional de saúde acerca da sexualidade durante a gravidez, o Gráfico no Apêndice A demonstra que apenas uma mulher falou com um EESMO e que a maior parte das que responderam (17%) falou com o médico.

Achou-se pertinente perceber se a idade influencia na qualidade dos orgasmos, pelo que foram cruzadas estas variáveis, observadas na figura14, obtendo-se os seguintes resultados: As idades entre os 20 e os 34 anos, foram as idades mais satisfeitas, apresentando 27% das mulheres extremamente satisfeitas e 36% parcialmente satisfeitas. As segundas mais satisfeitas foram as mulheres com mais de 35 anos, com 10% extremamente satisfeitas e 11% parcialmente satisfeitas. As mulheres menos satisfeitas com a qualidade dos seus orgasmos foram o grupo de mulheres mais jovens com menos de 19 anos, porém, estas também estavam em menor número.

Idade/Qualidade dos meus orgasmos

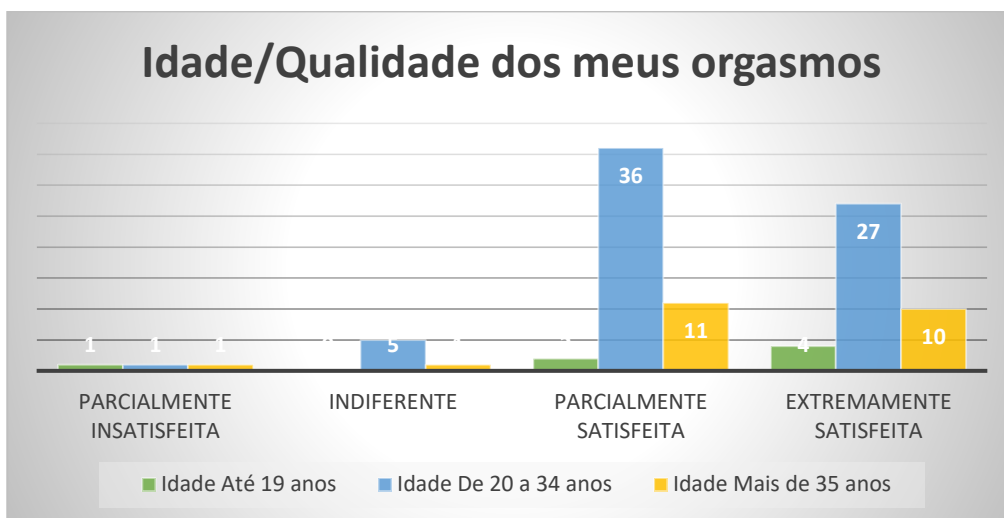


Figura 14: Gráfico Idade/ Qualidade dos orgasmos

Decidiu-se relacionar a frequência das relações sexuais segundo cada trimestre, observando-se na Figura 15 que as mulheres que se encontravam no terceiro trimestre eram as mulheres que estavam mais satisfeitas com a frequência das suas relações sexuais, em segundo lugar as mulheres que se encontravam no segundo trimestre e por último as mulheres que se encontravam no primeiro trimestre. Relativamente à qualidade dos orgasmos por trimestre também foi elaborado um gráfico que se encontra no Apêndice A, basicamente com resultados semelhantes.

Trimestre/ A frequência da minha atividade sexual

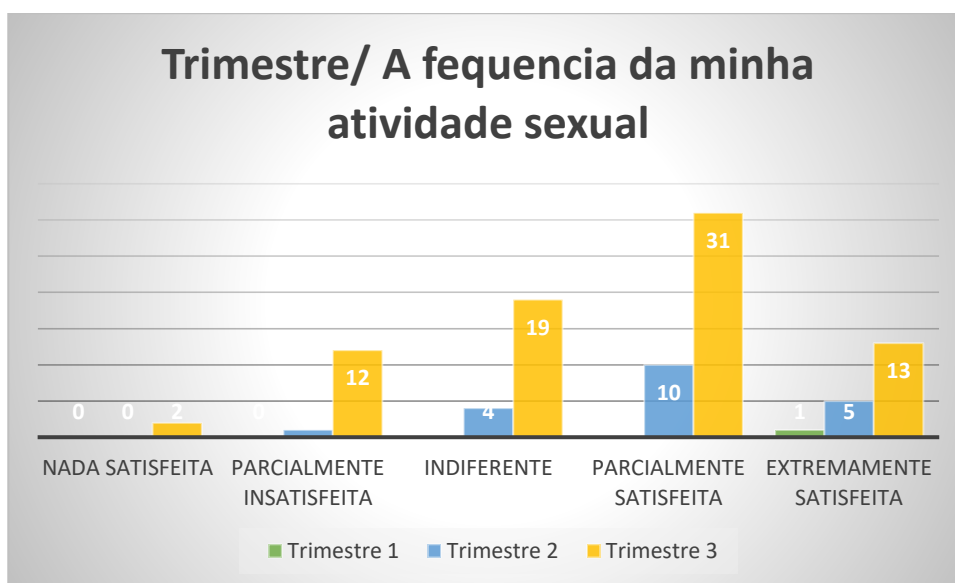



Figura 15: Gráfico Trimestre/A frequência da minha atividade sexual



De modo a perceber como a imagem corporal pode influenciar na sexualidade durante a gravidez foram cruzadas algumas variáveis das duas escalas referidas anteriormente. Tentou-se perceber através da Figura 16 se as participantes que dão muita importância às formas do meu corpo também têm maior capacidade de se "soltar" e se entregar ao prazer durante as relações ou vice-versa. Os resultados obtidos foram os seguintes: As mulheres que concordam parcialmente dar muita importância às formas do seu corpo, são as que afirmam estar extremamente satisfeitas (18%) e parcialmente satisfeitas (31%) em relação à sua capacidade de se "soltarem" e de se entregarem ao prazer durante as reações sexuais. Em segundo lugar, das inquiridas que concordam totalmente dar muita importância às formas do seu corpo, 10% estão extremamente satisfeitas e 5% parcialmente satisfeitas em relação à sua capacidade de se "soltarem" e de se entregarem ao prazer durante as reações sexuais. As mulheres que são indiferentes em relação à importância que dão ao seu corpo, que dão parcialmente pouca importância ou que não dão importância nenhuma são as que são indiferentes, pouco satisfeitas ou nada satisfeitas relativamente à capacidade de se "soltarem" e de se entregarem ao prazer durante as reações sexuais.

Dou muita importancia às formas do meu corpo / A capacidade de me "soltar" e me entregar ao prazer durante as relações

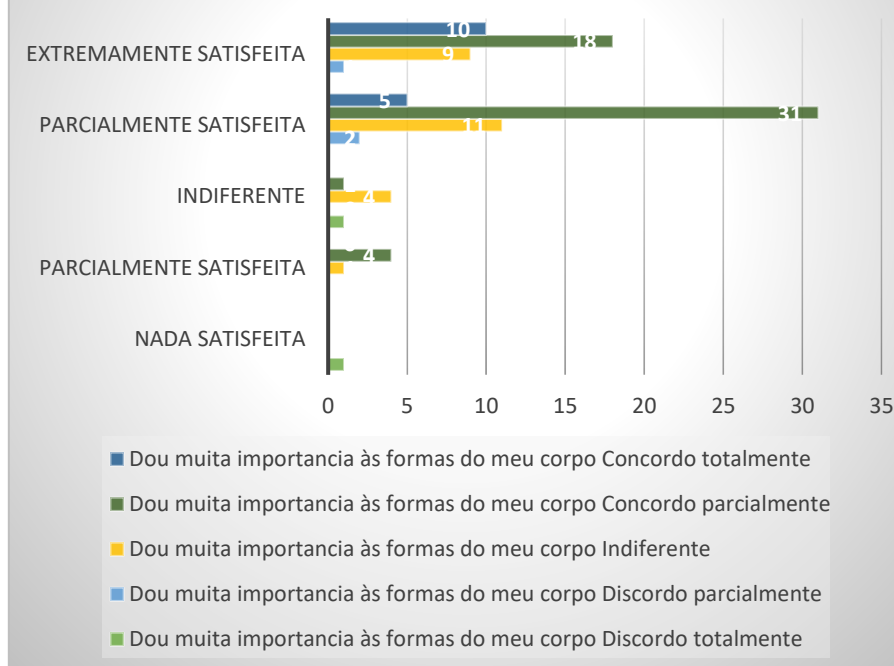


Figura 16: Gráfico referente a “Dou muita importância às formas do meu corpo/ A capacidade de me “soltar” e me entregar ao prazer durante as relações”

Na figura 17 avaliou-se mais uma vez se as pessoas que estão sempre a tentar melhorar a forma do seu corpo, também são as que mais à-vontade se sentem com a sua sexualidade e por conseguinte conseguem ter mais diversidade nas suas relações sexuais. Posto isto, os resultados obtidos foram os seguintes:

As mulheres que estão parcialmente satisfeitas em relação à diversidade das suas atividades sexuais são as mulheres que estão de acordo que estão parcialmente satisfeitas quanto à diversidade das suas atividades sexuais (20%).

Das mulheres que concordam totalmente estarem sempre a tentar melhorar as formas do seu corpo 7% são as que estão parcialmente satisfeitas relativamente à diversidade das suas atividades sexuais, 4% estão extremamente satisfeitas com a diversidade das suas

atividades sexuais e 1% estão indiferentes em relação à diversidade das suas atividades sexuais. Relativamente às mulheres que concordam parcialmente estarem sempre a tentar melhorar as formas do seu corpo ou seja que dão alguma importância à melhoria da sua forma física, 20% consideram estar parcialmente satisfeitas em relação à diversidade de suas atividades sexuais, 6% considera estar extremamente satisfeita relação às suas atividades sexuais, enquanto que 2% das mulheres são indiferentes, 2% estão parcialmente insatisfeitas e 2% estão nada satisfeitas. Em suma, as mulheres que estão sempre em busca de uma melhor condição física são as que estão mais à-vontade com a sua sexualidade.

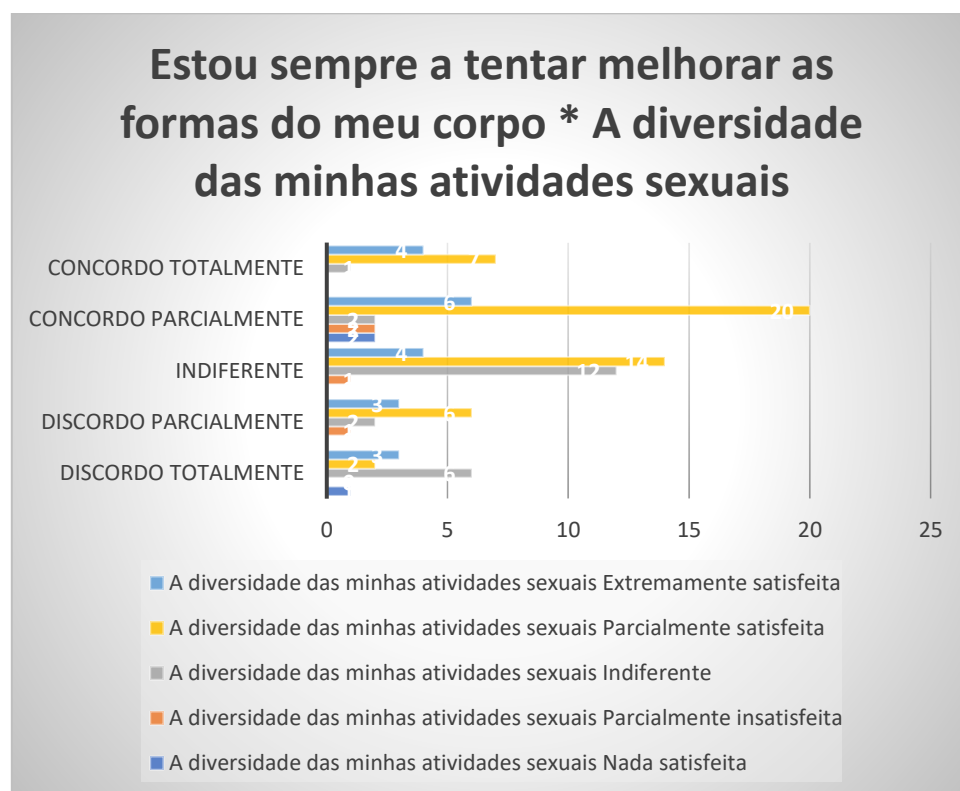


Figura 17: Gráfico referente à resposta a “Estou sempre a tentar melhorar as formas do meu corpo/ A diversidade das minhas atividades sexuais”


4. EXECUÇÃO

Com este capítulo pretende-se analisar os objetivos e atividades desenvolvidas ao longo do percurso de aprendizagem do estágio final. O conhecimento de protocolos, a reflexão de situações e a busca pelo conhecimento, de modo a desenvolver competências técnico-profissionais foram fundamentais para ter um bom desempenho. No entanto, tal como refere Phaneuf, (2005), ter uma raquete de ténis e sapatilhas não significa que se possa ser um grande tenista, assim como possuir conhecimentos teóricos e técnicos também não significa que se seja uma enfermeira mais competente. Pelo que é necessário acima de tudo ter humanidade. Entende-se por humano a natureza humana, bondosa, humanitária, que tem o mesmo sentido de humanidade, no qual se incluiu benevolência, clemência, compaixão (Corbani, 2009).

4.1. Desenvolvimento do percurso de realização do estágio para aquisição de competências especializadas


Depois da consulta do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (2008), que engloba as vertentes da Saúde Materna e do Planeamento Familiar, assim como o Programa de vigilância de gravidez de baixo risco, (2015) foram realizadas uma série de intervenções preconizadas a nível nacional através destes, e seguindo o processo de enfermagem. Estas duas vertentes estão estreitamente ligadas, já que os cuidados pré-concepcionais são entendidos como parte integrante na prestação de cuidados em saúde reprodutiva tendo como alvo principal as mulheres que querem engravidar (DGS, 1998). Idealmente, esta consulta deveria realizar-se antes que o casal interrompa o método contraceptivo que utiliza; no entanto, isto nem sempre acontece.

O facto de o ensino clínico ter sido iniciado no centro de saúde foi bastante vantajoso, pelo facto de poder acompanhar os casais/mulheres antes de engravidarem, ou seja, na sua preparação parental, no início da gravidez e restantes trimestres, podendo perceber e atender às suas dúvidas e preocupações em cada fase. Deste modo foram realizadas anamneses o mais completas possível face às limitações no tempo de contacto com as




utentes, incluindo dados relativos à situação atual da utente, aos seus antecedentes pessoais e familiares, antecedentes obstétricos, hábitos de vida, medicação utilizada, entre outros, seguindo o preconizado a nível nacional de acordo com o Boletim de Saúde da Grávida ou Boletim de Saúde Sexual e Reprodutiva, mediante cada situação; Foi estimado o tempo de gestação com base na data da última menstruação, recorrendo ao gestograma, informando a grávida não só do tempo de gestação, como também da data provável para o parto e respetivas datas estimadas de ecografias e análises a serem realizadas durante os três trimestres, bem como vacinação, ressaltando as limitações deste método de previsão. Foi monitorizado e registado no Boletim de Saúde da Grávida alguns parâmetros, como o peso, a tensão arterial e os valores (especificamente de leucócitos, proteínas e glicose devido a, respetivamente, indícios de infeção urogenital, despiste de pré-eclâmpsia e de diabetes gestacional) revelados pelo teste à urina (Combur Test), com vista ao seguimento da evolução da gravidez e deteção de eventuais problemas (reais ou potenciais). Foi pesquisada a presença de varizes e edemas nos membros inferiores através de observação e da verificação da presença do sinal de Godet, de modo a despistar potenciais situações de Trombose Venosa Profunda (TVP), Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e pré-eclâmpsia, realizando ensinios para evitar os mesmos.

Realizados vários ensinios à grávida, que incidiram principalmente nos desconfortos característicos da gravidez e formas de aliviar esses desconfortos; nas principais alterações que o seu corpo irá sofrer ao longo da gestação; na importância da adoção de uma dieta equilibrada e da realização de exercício físico leve; no abandono de hábitos tabágicos (quando pertinente), agindo de acordo com as recomendações feitas a nível nacional; nas formas de prevenção de infeções e da toxoplasmose; na importância de manter uma higiene oral cuidada durante a gravidez, cumprindo o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral estipulado pelo Ministério da Saúde (2019); na finalidade, riscos inerentes e situações em que normalmente é recomendada a amniocentese; na incompatibilidade Rh entre mãe e feto, sempre que pertinente, referindo a importância do tratamento com imunoglobulina no caso da grávida ser Rh negativo e o pai ser Rh positivo (DGS, 2007) e insistindo nas possíveis consequências para mãe e bebé em caso de recusa deste tratamento; nas possíveis



alterações psicológicas e comportamentais devido às alterações hormonais que ocorrem durante a gravidez; nos sinais de alerta que justificam o recurso aos serviços de saúde, entre outros. Foi verificado e atualizado o boletim de vacinas da grávida, dando especial atenção à vacina contra o tétano e explicando a importância da vacinação contra esta doença para o bem-estar da mãe e do feto, sempre que pertinente. Foram realizadas manobras de Leopold e auscultadas batimentos cardíofetais para monitorização do bem-estar-fetal (Lowdermilk & Perry, (2008).), alertando para a vigilância de movimentos fetais durante a gestação e contagem a partir das 35 semanas, tal como indica o Boletim da grávida. Despidadas situações de risco tais como alcoolismo, consumo de drogas e depressão pós-parto. As grávidas foram informadas acerca dos cursos de preparação para a parentalidade, descrevendo os temas abordados e reforçando o interesse em que a grávida frequente este tipo de cursos. Houve oportunidade de assistir a algumas aulas de preparação para a parentalidade, tendo realizado uma sessão de educação para as grávidas e futuras puérperas que consta no Apêndice F. As grávidas foram informadas sobre o que se deve levar para a maternidade, quer para o bebé, quer para a mãe, além dos sinais de trabalho de parto, bem como sobre os procedimentos a ter após o nascimento, tais como o registo do recém-nascido, a realização do teste do pezinho, ou a marcação da consulta de revisão do puerpério, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. Sempre que possível e necessário foi introduzido o tema da sexualidade durante a gravidez e no puerpério, deixando as utentes à vontade para qualquer dúvida e/ou esclarecimento. Quando pertinente, foram referenciados os benefícios da amamentação para a mãe e filho, tentando aconselhar relativamente aos cuidados a ter com as mamas e referindo que a puérpera pode sempre recorrer à ajuda do Cantinho da Amamentação, tendo tido também a oportunidade de contactar com este gabinete existente no piso 1, na ala poente, que funciona em articulação com o CHUA.

No que diz respeito à interrupção voluntária da gravidez, de acordo com o protocolo do serviço, após a recolha de alguns dados e de informar as utentes acerca de todos os passos a serem dados, as utentes que recorrem a este serviço foram encaminhadas para o CHUA, onde tem lugar a consulta prévia, de carácter obrigatório, e onde serão devidamente




acompanhadas durante este processo, de acordo com o estipulado pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 741-A/2007 de 21 de Junho, Capítulo IV, art. 16º). Relacionado com este tema, foi possível assistir à VIII Reunião de Reflexão sobre a Interrupção voluntária da Gravidez por opção da mulher, tendo sido este um momento de aprendizagem bastante enriquecedor.

Foi dada a oportunidade para a colocação/remoção de implantes contraceptivos, após consultado o PARECER N.º 37/ 2018 da Ordem dos Enfermeiros, (2018b) sobre a implementação de implantes contraceptivos por EESMOS, o qual refere que O EESMO tem competência para cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar planeando e implementando intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade, onde a técnica da inserção e remoção do implante subcutâneo se adapta. As ações desenvolvidas neste âmbito incidiram principalmente no acompanhamento e preparação da utente (posicionamento correto), garantindo sempre a sua privacidade e atendendo à humanização dos cuidados. Além deste procedimento, foram também realizados alguns no contexto das intervenções do EESMO, tais como: citologia cervical e colocação de dispositivo intrauterino (DIU).

Os utentes foram informados acerca das diferentes doenças sexualmente transmissíveis, dos anticoncecionais existentes, e aconselhados relativamente aos mesmos mediante cada caso, sendo esta uma das competências específicas regulamentadas do EESMO descrita na competência H1 (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Foram realizados registos de um modo claro e competente, utilizando a linguagem CIPE que segundo a OE (2008), é um instrumento que facilita a comunicação dos enfermeiros com outros enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática e o sistema informático SAPE.


Durante o estágio de ginecologia no CHUA de Portimão, que abrangeu seis semanas no internamento, foram adquiridos e consolidados conhecimentos nesta área, tendo tido a oportunidade de prestar cuidados de pré e pós-operatório a mulheres que foram submetidas a histerectomia total, salpingectomia, anexectomia, miomectomia, colpofasciorrafia, curetagens por abortos retidos, excisão de glândula de Bartolin, Biopsia Uterina Fracionada (BUF), correção de prolapso uterinos, cistocelos e retocelos, TVT (Tension-free vaginal



tape) para correção de incontinência urinária, entre outras. A nível de abortos houve oportunidade de oferecer suporte a mulheres com vários tipos de aborto, alguns retidos espontâneos outros por interrupção voluntária da gravidez, alguns até mesmo resultantes de procriação medicamente assistida tendo até observado um feto de 8 semanas com malformações aparentes, o que foi um maior desafio a nível psicológico, visto serem situações em que as mulheres se encontram numa fase bastante vulnerável das suas vidas. No que concerne a patologias, foram assistidas situações de tumor do colo uterino, tendo inclusivamente presenciado o falecimento de uma utente de média idade, situações de anemia grave, hiperémese gravídica, endometriose, doença inflamatória pélvica, fibromioma e abscesso mamário. Este estágio permitiu além de relacionar sintomas, tratamentos, medicação e cirurgias, trabalhar principalmente o apoio emocional nestas utentes. Sendo um serviço em que as mulheres estão a experienciar vivências muito duras nas suas vidas, que as levam por vezes a depressões devido à tristeza, insegurança, diminuição da autoestima sentidas, o papel do EESMO é crucial ao estabelecer relações de ajuda, promovendo a saúde física e mental (DGS, 2005).


Foi também interessante estabelecer a ligação entre o estágio de centro de saúde com o serviço de ginecologia, para perceber o circuito que as mulheres realizam aquando do processo de uma Interrupção Involuntária da Gravidez (IVG), houve a oportunidade de presenciar uma consulta externa de IVG no CHUA. Todos estes passos estão descritos no site da Associação para o Planeamento da Família (APF, 2019)), o qual foi consultado, além da formação realizada já referida acima. Além dessa formação, aquando da realização do estágio no serviço de ginecologia foi assistido o Curso Prático de Ginecologia de Medicina Geral e Familiar (Apêndice I), no qual foram abordados temas essenciais à formação, tais como: hemorragia uterina anormal, diagnóstico e tratamento da anemia ferropénica, rastreio do cancro do colo do útero e vacinação contra o Human Papillomavirus (HPV), sexualidade feminina, menopausa, prolapso dos órgãos pélvicos e incontinência urinária e massas anexais.

Todos os ensinamentos clínicos são de extrema importância para um bom desenvolvimento e aprendizagem, sendo que é nesta fase que se põe em prática as técnicas e teorias



aprendidas anteriormente, assim como criar relações de ajuda, competência que é deveras importante, se não mesmo imprescindível, enquanto futura EESMO (OE, 2010).


No decorrer do estágio no serviço de obstetrícia do CHUA de Portimão, foram desenvolvidos e aperfeiçoados os cuidados a serem prestados às puérperas, respeitando sempre a sua privacidade e a humanização dos cuidados de enfermagem. Foram realizados vários acolhimentos às puérperas vindas do bloco de partos, em que posteriormente se prestaram os cuidados de higiene e conforto, além de apoio emocional. Na puérpera, a observação física realizada aquando da admissão é a mesma que se realiza todos os turnos, ou seja, observada a pele, para rastreio de hemorragia/anemia, icterícia, entre outras, seguidamente observadas as mamas e mamilos das puérperas, a contractilidade do útero, se o globo de Segurança de Pinard se encontra formado, avaliando a posição do útero relativamente à linha umbilical, observa-se o períneo, a nível da sutura, realiza-se ensinamentos para a mulher manter a zona limpa de modo a promover a cicatrização, manutenção do penso higiénico, incentivamos a realização da higiene perineal após urinar/defecar e aplicar gelo várias vezes ao dia, a característica dos lóquios, sendo estas avaliações muito importantes em relação ao estado de evolução clínica da puérpera (Lowdermilk & Perry, 2008) e a existência de edemas e/ou varizes nos membros inferiores, avaliação da função urinária, alertando que pode surgir incontinência urinária que será supostamente passageira, devido à pouca força muscular da bexiga, pelo que se aconselha a realização de exercícios de Kegel de modo a estimular a tonicidade muscular, avaliação da função intestinal e presença de hemorroidas, sendo incentivadas ao reforço hídrico, ingestão de alimentos ricos em fibras e a caminhar, se necessário administrar laxantes e/ou bioflavonoides e aplicar gelo/pomadas para hemorroidas. Os sinais vitais são avaliados de manhã ou quando é recebida a puérpera, quando existe situação que se justifique, como por exemplo lipotimia e em todos os turnos em casos de hipertensão. No caso de mulheres submetidas a cesariana os pensos cirúrgicos são realizados de 2/2 dias, salvo exceções, tendo o cuidado de observar a sua evolução cicatricial e despistar possíveis infeções. No que concerne aos levantes, as mulheres que são submetidas a cesariana fazem levantar sensivelmente 12 horas após o parto ou antes se indicação do anestesista, já nos partos



eutócicos ou distócicos por ventosa/fórceps, os levantes são realizados sensivelmente 6h após o parto. Geralmente as puérperas submetidas a cesariana são desalgaliadas aquando do levante, enquanto que as outras puérperas supostamente não vêm algaliadas, salvo casos excepcionais. O primeiro levante é sempre acompanhado por enfermeiro, que irá avaliar a condição da puérpera para que não haja intercorrências, devido ao fato de a mulher poder sentir tonturas e haver conseqüentemente risco de queda provocada pelas alterações fisiológicas no decurso do parto (Montenegro e Rezende Filho, 2014). A duração de internamento em circunstâncias normais terá a duração de 48h se parto via baixa ou 72h se parto por cesariana. Durante este período as puérperas são incentivadas a realizarem os seus cuidados, assim como ao seu recém-nascido, sendo que o EESMO tem como função promover e colaborar no seu autocuidado e despistar possíveis ocorrências à tríade (OE, 2010).


Relativamente à amamentação, a produção de leite inicia-se geralmente após o 3º dia de pós-parto, pelo que nos primeiros dias o RN é nutrido por colostro, sendo este muito importante para o seu desenvolvimento devido às suas propriedades. Neste estágio foi promovido o aleitamento materno junto das puérperas, adquirindo mais prática e conhecimentos relativamente às posições de amamentação e boa pega (Levy & Bértolo, 2012). Foram realizados ensinamentos acerca dos cuidados a ter, tais como a higiene das mamas, manter as mamas secas e aconselhar soutien adequado à amamentação, manter os mamilos secos e ao ar, colocar colostro/leite após as mamadas com a finalidade de hidratar e proteger, entre outros, mediante cada caso e advertir de que durante a amamentação é natural que sintam dor abdominal/contrações uterinas pois ao amamentar, o reflexo de sucção do RN promove a estimulação da ocitocina (DGS, 2015c), hormona que desencadeia contrações uterinas, o que é ótimo para uma boa involução uterina.

É de salientar que a unidade Hospitalar de Portimão mantém desde 2008 a certificação de Hospital Amigos dos Bebés, distinguindo-se como uma das unidades de saúde que cumprem as práticas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (CHUA, 2019). Salvo casos em que os bebés não tinham boa pega ou casos de mamilos invertidos, entre outros em que dificultavam a mamada, era oferecido copo de leite, ou os bebés que




não ficavam apenas satisfeitos com a mama, também era oferecido copo de leite. Outras mães/bebés em que estas últimas opções não funcionavam e ou solicitavam por não quererem amamentar, era oferecido biberon. Importante salientar que no caso de a mãe escolher não amamentar deve ser administrada bromocriptina, um medicamento que impede a expulsão de uma hormona da hipófise anterior, a prolactina, sem afetar os níveis habituais de outras hormonas hipofisárias (Infarmed, 2018). Neste ensino foi colocado à disposição o cantinho da amamentação, que conta com conselheiras em Aleitamento Materno, onde foi proporcionado às mães lactantes esclarecimentos e apoio durante o processo de amamentação, assim como afeções da mama, com o intuito de contribuir para o sucesso de aleitamento materno. Foram realizados ensinamentos também às puérperas quanto ao manuseamento da extração do leite materno com a bomba e também manualmente, quando necessário.

Relativamente ao RN, é realizado o exame físico à chegada e sempre que existe oportunidade no qual lhe é retirada a roupa, é observada a pele para verificação de afeções da pele como eritema tóxico, máscara equimótica, millium sebáceo, entre outras, observa-se a cabeça, as fontanelas, existência de lesões, a implantação do pavilhão auricular relativamente aos olhos para rastreio de trissomias, existência de pedúnculos nas orelhas, existência de adejo nasal, existência de fenda palatina, se existe ou não protusão da língua, observação das clavículas para verificação de crepitações, despistamos malformações dos membros superiores e mãos (despiste de polidactilia), na observação ao tórax deve ser observado a implantação dos mamilos, existência de tiragem, observação do coto umbilical (duas artérias e uma veia), observação e despiste dos membros inferiores, verificação dos genitais (rastreio de hipospádia/hidrocele) e verificação dos dois testículos separados nos meninos, observação dos dorso da coluna e sinais de espinha bífida observação do orifício anal, análise de reflexos do RN tais como: reflexo de deglutição e de sucção, reflexo de Moro, reflexo de marcha, reflexo de preensão palmar e plantar, reflexo de Babinsky, tônus muscular, entre outros. Durante o internamento fica-se atento aos sinais de hipoglicemia e de fome. É realizado o ensino do banho do bebé aos pais, sendo dado a escolher se preferem que seja a EESMO a demonstrar primeiro o banho e na segunda oportunidade ser o pai ou



a mãe a dar o banho, ou se preferem apenas que o banho seja primeiro supervisionado pela EESMO enquanto o pai ou a mãe dá o banho ao bebê. São realizados ensinamentos de massagens para as cólicas. Existe sempre a preocupação de saber de quantas em quantas horas são realizadas as mamadas e a duração das mesmas, assim como o trânsito intestinal e urinário do bebê. Neste hospital é realizado antes da alta no turno da manhã o Rastreamento Auditivo através do exame de Otoemissões Acústicas (OEA), um exame que consiste na colocação de uma sonda no canal auditivo do bebê que registra a resposta do ouvido ao estímulo sonoro emitido através do equipamento (DGS, 2017) e também o exame de cardiopatias congênitas através da oximetria do pulso para verificação de hipoxemia entre as primeiras 12 a 24h após o nascimento (DGS, 2006)). Posteriormente estes dados são introduzidos no sistema informático, no chamado Rastreamento Auditivo Neonatal Universal (RANU). Durante este período é realizado também a verificação e administração da vacinação do bebê, estando uma enfermeira responsável por este procedimento.


Na altura da alta o EESMO tem como função verificar se a puérpera e o RN reúnem as condições de alta a todos os níveis (biopsicossocial), informando acerca das consultas relativamente à revisão do puerpério e consultas do RN (inclusive acerca do teste do pézinho), realizando ensinamentos acerca do repouso e sono, da higiene no geral (mamas, períneo, manutenção do penso cirúrgico abdominal seco, de forma a prevenir complicações (importância de usar roupas largas e de fibras naturais), realização do penso no centro de saúde com a carta de alta de enfermagem para remoção de pontos/agrafos, após remoção manter local da ferida limpa e seca, massajar local da sutura com creme cicatrizante, evitar esforços e usar cinta abdominal, hábitos alimentares (alimentação polifracionada), lembrar do reforço hídrico (ingerir pelo menos 1,5 L de água diariamente), a nível da sexualidade devem ser realizados ensinamentos acerca da contraceção. Os casais devem reiniciar a sua atividade sexual quando se sentirem preparados e preferencialmente após a consulta de revisão de puerpério para despiste de infeções/complicações (Mendes, 2012). Graças à temática trabalhada durante o ano letivo já mencionada, intitulada “Imagem Corporal e Sexualidade na Gavidez” foi possível obter um maior empoderamento e conhecimentos nessa área permitindo conversar mais abertamente com as utentes, promovendo uma



sexualidade saudável e prazerosa e desmistificando algumas questões que as puérperas tinham. Ainda sobre a prevenção de infeção as mulheres são alertadas para sinais de alarme, tais como: febre; aumento da hemorragia vaginal, corrimento vaginal com cheiro fétido, desconforto a urinar; aumento da dor nas mamas, rubor e exsudado/cheiro da ferida cirúrgica (DGS, 2015c), recordando que se devem dirigir a uma instituição de saúde caso uma destas situações se verifique.


Outra das preocupações a ter no momento da alta é a realização da “Alta segura”, ou seja, são feitas sessões de ensino e treino para as puérperas e pais/família que visam o empoderamento parental para o adequado transporte do recém-nascido no automóvel após a alta hospitalar. Foram realizados ensinamentos para a segurança do bebé aquando do seu transporte a pé e no carro. Após todos os ensinamentos e fornecimento de literatura e documentos da alta, assim como o registo do bebé é dada a notícia do nascimento é retirada a pulseira eletrónica do bebé e a tríade/díade pode sair do internamento.

No que concerne aos cuidados prestados às grávidas, estas são internadas no serviço a partir das 23 semanas em situações patológicas, referenciadas pelos mesmos serviços citados acima, tal como no serviço de ginecologia. Porém, neste serviço, dadas as semanas de gestação, são realizados os CTG's de acordo com prescrição médica e/ou sugestão da EESMO. Dado o facto de só existirem 2 EESMOS no serviço, nos turnos em que não se encontra nenhuma das mesmas, é destacado 1 EESMO do bloco de partos para se deslocar ao serviço de obstetrícia para realizar o CTG e registá-lo no SCLINIC. À entrada da grávida é verificado boletim da grávida, de modo a conhecer o historial de gravidez, exames e análises realizados e em falta. São avaliados os sinais vitais de manhã e todos os turnos às grávidas com distúrbios tensionais. É administrada medicação segundo protocolo mediante cada situação, tais como Atosiban em grávidas com risco de parto prematuro, esquema de Dexametasona para maturação pulmonar do RN também em grávidas de risco de parto pré-termo, protocolo de Labetalol e de Sulfato de Magnésio em casos de distúrbios hipertensivos, tais como pré-eclampsia (INFARMED, 2018). É também avaliada a glicemia capilar a grávidas com os diferentes tipos de diabetes e administrada medicação segundo protocolo do serviço. São, portanto, prestados cuidados consoante cada patologia.



Nesta vertente existe também um importante trabalho por parte do EESMO em estar alerta para sinais de alarme e também de apoio psicológico, derivado à fragilidade que as mulheres se encontram, algumas com patologias graves e em risco de perder o bebé, desenvolvendo medos e grandes estados de ansiedade (Guerra et al., 2014), o que é também prejudicial à sua saúde e do RN.

Durante o desenvolvimento do estágio neste campo clínico foi proposta a observação de amniocenteses e biopsias das vilosidades coriônicas, tendo sido concedido o pedido, de modo a enriquecer mais os conhecimentos. Como tal, foram realizados alguns turnos na consulta de diagnóstico pré-natal, em que foram concretizados os procedimentos acima mencionados e também a análise de DNA Fetal no qual pode ser achada a determinação do sexo, o genótipo RHD fetais, a deteção de aneuploidias e patologias monogénicas segundo o PARECER N.º 39/ 2018 da OE, (2018a). Estes são efetuados para rastreio de malformações congénitas, consoante a opinião do obstetra e com consentimentos dos progenitores baseando-se em determinados fatores tais como no caso de rastreios positivos, anomalia cromossómica em gravidez anterior (principalmente Trissomia), anomalia morfológica fetal, anomalia cromossómica de um dos progenitores, Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU), diagnóstico de infeção fetal e em que as futuras mães e respetivos companheiros concordassem para um melhor rastreio de doenças cromossómicas . Após a realização do exame são transmitidos alguns cuidados a ter, nomeadamente não realizar esforços e não ter relações sexuais durante pelo menos 2 dias (Graça, 2010). Se sentir queixas abdominais, apresentar febre, corrimento atípico ou com sangue têm indicação para se dirigirem a uma unidade de saúde. Foi um momento de grande aprendizagem no qual foi possível relacionar os conhecimentos adquiridos com a prática de modo a fazer sentido tudo o que foi apreendido até agora. De salientar que esta consulta tem um grande peso para os progenitores, sendo os cuidados pré-natais uma oportunidade para apoiar e comunicar com as mulheres de forma efetiva, acerca de questões fisiológicas, biomédicas, comportamentais, socioculturais, de forma respeitosa e efetiva, tendo em conta os seus aspetos socioculturais, emocionais e psicológicos (Organização Mundial de Saúde, 2016).




Além das consultas de diagnóstico pré-natal, foram assistidas também consultas de gravidez de risco, onde foram verificadas gravidezes de risco devido a vários fatores, tais como: RCIU, perda de líquido amniótico, polidraminios, pela idade (fator que aumenta bastante o risco de doenças cromossómicas), obesidade, hipertensão, diabetes gestacional, entre outras. Nestas consultas são sempre avaliados os sinais vitais, peso, e é realizado o *Teste Combur*.

No caso de a gravidez ser superior a 11 semanas é possível ouvir os batimentos cardíacos através do doppler e no caso da gestação ser superior a 24 semanas é possível realizar CTG (OE, 2015b). É sempre verificado se a grávida tem as análises atualizadas e se são tiver e consoante idade gestacional, são realizadas segundo a Norma dos Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco da DGS, (2013) na consulta. Foram diversas as situações analisadas nesta consulta, pelo que foram realizados diversos ensinamentos, sendo responsabilidade do EESMO despistar possíveis complicações e promover uma gravidez o mais saudável possível (OE, 2010).

O Estágio é essencial para que sejam aplicados no contexto prático todos os conhecimentos que vão sendo adquiridos ao longo do período teórico, fazendo-se assim a união de ambos em prol dos cuidados. Desta forma, é um dos momentos principais de todo o percurso académico caracterizado como um espaço de reflexão e troca de saberes entre a teoria e a prática (Almeida & Lüdke, 2012, p.429) que permite aos estudantes aperfeiçoar e fundamentar os seus conhecimentos, habilidades e atitudes, bem como a sua sensibilidade ética e integridade moral e autoconhecimento (Valença, German, Malveira, Azevedo & Oliveira, 2014, p. 831).

Neste primeiro campo de estágio em bloco de partos no Hospital José Joaquim Fernandes, pertencente à Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, as expectativas eram imensas, assim como alguns receios de que não se conseguiram realizar os procedimentos, contudo os obstáculos foram sendo ultrapassados, conseguindo aprender cada vez mais todos os ensinamentos transmitidos pela Supervisora Clínica. Foi essencial a análise de protocolos, assim como o apoio da equipa multidisciplinar neste processo de aprendizagem. Todos os dias era necessário rever a teoria para relacionar na prática,




existindo mesmo uma necessidade de aprofundar conhecimentos para desenvolver determinadas competências.

Todos os turnos se iniciavam com a passagem de turno, sendo junta, no mesmo local, a passagem de turno do serviço de bloco de partos e de puerpério, o que poderá ser uma mais valia para o serviço, havendo uma melhor continuidade de cuidados. Neste serviço é utilizada uma folha de passagem de turno e além disso também tem um ecrã, em vez de um quadro, que ia sendo atualizado pelas secretárias do serviço as informações facultadas pelos enfermeiros, acerca das grávidas, puérperas e respetivos RN's, permitindo assim, ter uma visão global do serviço e planear antecipadamente os cuidados. Na sala de enfermagem também existe outro ecrã, com o registo cardiotocógrafo das grávidas.

Os registos de enfermagem são efetuados no programa SClinic. Após a admissão da grávida é realizada nota geral com as devidas informações da grávida e da gestação e são levantadas todas as intervenções necessárias em SOS, realizando notas gerais no caso dos itens que não se encontram no sistema e que não podem ser levantadas. Este método de registos facilitou inicialmente, pois ainda tinha pouca destreza a nível de vocabulário da área, sendo mais fácil interiorizar e esquematizar melhor as ideias. Desta forma os registos podiam não ser tão detalhados, porém, as informações essenciais estavam presentes.

No início do estágio o estudante é sempre acompanhado pelo Supervisor Clínico, de modo a transmitir os conhecimentos e ajudar a interligar a teoria aprendida na escola, com a prática no estágio. Essa aprendizagem começou com o manuseamento do cardiotocógrafo, pois seria a primeira vez que teria contacto com o aparelho, assim como lembrar como analisar o registo. Desta vez com casos concretos, com diferentes tipos de CTG e com orientação da Supervisora Clínica deu para conseguir perceber melhor as características destes traçados tão importantes na avaliação do bem-estar fetal (Graça, 2017).

Após a passagem de turno é realizada a visita a todas as grávidas para saber como se encontram, são avaliados os parâmetros vitais e caso a mulher apresente queixa de desconforto ou dor ou existirem dúvidas relativamente à cervicometria, é efetuado o toque vaginal. Apesar dos treinos de cervicometria executados na escola, a realidade é deveras




diferente, pelo que é necessário tato e prática no que diz respeito a este procedimento. Foram sentidas mais dificuldades na avaliação de colos uterinos posteriores pela dificuldade em lá chegar e também na passagem dos 2 para 3 cm, dado o facto de ter os dedos finos, porém com o treino foi percebida a melhor maneira de fazer o ajuste, tendo tido uma boa evolução neste sentido.

Presenciar e interceder nos quatro estádios do trabalho de parto foi fundamental para compreender todo este processo, além de obter uma maior perceção da dor sentida pela mulher de modo a poder intervir e ajudar nos momentos exatos. Foram utilizadas técnicas não farmacológicas de controle de dor e foram várias as colaborações de realização da analgesia epidural, sabendo detetar através da cervicometria a melhor altura para a sua administração.

O procedimento em que mais receio havia de realizar era a amniotomia, porém com a ajuda da Supervisora Clínica, que transmitiu alguma confiança para fazê-lo, foi entendido que era menos perigoso para o bebé do que imaginava.

Relativamente à anatomia do canal de parto, identificação de planos de Hodge e de Lee (Sendo os de Hodge mais utilizados nesta instituição), assim como a estática fetal, (Lowdermilk et al., 2013) houve necessidade de voltar a estudar esta matéria consolidando-a na prática, pois só com a prática é que é possível reconhecer as estruturas. Relativamente à variedade da posição fetal foi o item em que foram sentidas mais dificuldades em avaliar, porém, até mesmo os profissionais com mais experiência referem existir alguma dificuldade, principalmente em determinadas situações, pelo que no começo o objetivo foi perceber com a Supervisora Clínica as estruturas.

Durante o estágio de Bloco de partos surgiu a oportunidade de realizar algumas episiotomias, existindo alguma dificuldade inicialmente no angulo a realizar, que foi sendo corrigido pela Supervisora Clínica, aceitando sempre as suas sugestões. Relativamente à sutura do períneo as dificuldades sentidas foram mais a nível das perineorrafias do que episiorrafias, dado o facto de os tecidos não se encontrarem tão regulares, assim como em alguns casos em que ocorre laceração após episiorrafia. Consoante os graus de laceração, mais complexa se torna a sutura (O'Reilly, Bottomley & Rymer, 2008, p. 409), porém,



devido ao número de episiorrafias conseguidas realizar neste estágio, deu para praticar bastante, pelo que foi excelente para a aquisição desta competência (OE, 2010), especialmente pela circunstância de ser o primeiro estágio em sala de partos. Alcançar uma boa hemóstase de modo a conseguir verificar e perceber os planos, assim como perceber a ligação dos tecidos foi entendido como um bom princípio para começar a sutura, tornando-se, também, em determinadas situações um grande desafio. A correta posição dos dedos para afastar os tecidos e conseguir segurar nas pinças de sutura ao mesmo tempo foi também uma dificuldade inicial que com o tempo se foi tornando mais fácil. Foram praticados vários tipos de sutura nas episiorrafias, tais como sutura contínua, pontos separados simples, Donatti e intradérmica e mediante cada tipo de tecido foram aplicados os mais adequados. A ajuda da supervisora clínica foi sem dúvida fundamental, pois os seus conhecimentos e gosto em ensinar foram essenciais para uma boa aprendizagem. Segunda Correia, (2017) a episiotomia não deve ser rotineira; neste estágio foi obtido apenas um períneo íntegro, talvez pela falta de experiência, pois nalguns partos, ao pensar ser possível ter um períneo íntegro, estes laceraram. Relativamente às lacerações foi percebido quão arriscadas estas podem vir a ser após observação de uma laceração de 3º grau, podendo comprometer vários fatores, tais como incontinência fecal. Não só a nível intestinal as lacerações podem ser perigosas, mas também a nível urinário, podendo por vezes até mesmo vir a intervir na vida sexual posteriormente (Graça, 2012, p. 697), pelo que é da responsabilidade do EESMO despistar todas estas situações, que podem ser efetuadas através do toque retal e através da colocação de uma sonda de esvaziamento no meato urinário.

Na segunda fase do trabalho a grávida ia sendo motivada na realização dos esforços expulsivos, aquando da dilatação completa e no momento das contrações. Nesta fase é realizado um trabalho de equipa entre a EEESMO e a grávida, sendo crucial a análise continua do CTG para uma boa avaliação do bem-estar fetal e da grávida, de modo a precaver intercorrências.

Aquando da expulsão do RN também foram sentidas dificuldades devido ao facto deste se encontrar com líquido amniótico e ou vernix, tornando-se bastante escorregadio,


pelo que com o tempo e com as sugestões da supervisora clínica, foi feita a adaptação do posicionamento das mãos de modo a segurá-lo corretamente, fazer a expressão para remover as secreções e coloca-o junto à mãe, promovendo o contacto pele-a-pele com a devida autorização materna.

Foram constatadas situações de circulares curtas e longas do cordão, tendo tido bastante à vontade nas situações de circulares curtas, sabendo atuar rapidamente ao clampar e cortar o cordão. Além das circulares também se observou laterocencias da mão.

Após a expulsão do recém-nascido, ainda antes do clampe do cordão umbilical é importante estar atenta se é necessário colher sangue do cordão umbilical para o kit de células estaminais, assim como recolher amostra de cordão ou em caso de colheita de gasimetria, que segundo a norma da DGS, (2015a) nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, do Despacho nº 3482/2013 de 5 de março e do Despacho nº 6197/2013 de 13 de maio é realizada segundo as seguintes indicações: Parto instrumentado ou parto por cesariana devido a CTG não tranquilizador; b) Quando o Índice de Apgar ao 1º minuto é menor a 5; c) Restrição do crescimento intrauterino; d) Modificações na monitorização fetal intraparto sugestivas de hipóxia fetal; e) Febre intraparto (>38,5°C); f) Parto por cesariana ou vaginal com extração do recém-nascido com dificuldades.

Na maior parte das vezes o pai/acompanhante é questionado se deseja cortar o cordão-umbilical, de modo a incluí-lo no processo. O Pai tem um papel fundamental durante a gravidez e nos quatro estadios do trabalho de parto (DGS, 2015c). Durante todos os estadios é importante que o EESMO acompanhe o casal, de forma a perceber o relacionamento da tríade, compreender como está a ser realizada a transição para a parentalidade e se existem dificuldades na dinâmica do casal no que concerne aos cuidados do RN e da mulher.

Durante a dequitação é necessário ser o mais paciente possível, de modo que a mesma se realize completamente, procurando após a mesma verificar a presença de membranas fragmentadas e/ou restos placentares e caracterizar a dequitação (Mecanismo de Schultze e Mecanismo de Duncan), observando sempre o número de vasos (2 artérias e



uma veia). Caso se verifique que a dequitação não se encontra completa é necessário chamar o obstetra para realizar a dequitação manual, caso que foi presenciado uma vez neste campo de estágio. Após a dequitação é importante verificar se o útero de encontra bem contraído, solicitando a administração de ocitocina (Oladapo, O.T., Okusanya, B.O., Abalos, E. 2012) segundo o protocolo hospitalar ou segundo as perdas hemáticas.

Após a realização de todos os cuidados na sala de partos, foram prestados os cuidados de puerpério imediato, no qual é realizada observação das mamas, mamilos, existência de colostro, promovendo a adaptação do RN à mama, avaliando os reflexos de sucção e deglutição, observação do globo de segurança de Pinard, observação e realização da higiene do períneo assim como visualização da sutura/ laceração se existente, realização de ensinamentos relativamente ao levantar, higiene, alimentação e eliminação, avaliação dos parâmetros vitais e despiste de complicações.


Neste estágio em bloco de partos foram presenciados partos distócicos, tanto dinâmicos como mecânicos, o que foi bastante benéfico para a aprendizagem, ao aprender a lidar perante estas situações. Por exemplo no caso de existir uma taquissístolia fetal, a primeira atitude a ter é parar a ocitocina de modo a reduzir a contratilidade, administrar soros e oxigeneoterapia para prevenir a hipoxia fetal e posicionar a futura mãe em decúbito lateral esquerdo para uma melhor circulação sanguínea (Graça, 2012, p. 332). Relativamente às distocias mecânicas observadas foram mais a nível de assinclitismo e com uma variedade occipito-posterior. Foram alguns os partos observados em que os médicos instrumentaram com fórceps e ventosa e até mesmo com os dois métodos associados à episiotomia. É da responsabilidade do EESMO saber até onde vão as suas competências e chamar o obstetra assim que a situação se justifica, assim como o pediatra, que deve estar sempre presente para receber o RN nestas situações mais complicadas. Nestas situações de partos instrumentados, foram recebidos RN's após o parto e o contacto pele-a-pele, sendo realizado o exame de observação, tal como já descrito acima, foi realizada a profilaxia preventiva da doença hemorrágica neonatal com vitamina K, colocada a pulseira de identificação e de segurança, o RN era vestido e posteriormente era

promovido novamente o contacto com o pai/mãe/acompanhante. Caso estivesse o pediatra presente, era feita a colaboração nos cuidados com o médico.

Foram assistidas algumas cesarianas no bloco operatório central, respeitando sempre a assepsia, tendo até sido presenciada uma cesariana gemelar. Também nestes casos é recebido o RN e feita colaboração com o pediatra, que está sempre presente no caso de cesariana.

Foram também observadas algumas admissões de mulheres com patologias do foro ginecológico, assim como grávidas de diferentes trimestres. Aquando da admissão de urgências ginecológicas, destacaram-se hemorragias por lesões no útero, infeções pélvicas, endometriose, candidíase, vaginose bacteriana, miomas uterinos, entre outras afeções. Também foram detetados abortos retidos, que posteriormente tiveram de ser submetidas a curetagem, porém estas senhoras iam para o serviço de ginecologia se assim fosse necessário. Houve oportunidade de admitir várias grávidas com diferentes cervicometria, pelo que deu para identificar desde inícios de trabalho de parto a dilatações completas. Se existisse alguma dúvida, o médico fazia ecografia. Entretanto era realizada anamense às utentes, avaliados os sinais vitais, oferecida a roupa do hospital, assim como penso higiénico e consoante a situação, a utente ia para enfermaria de grávidas ou para a sala de parto.

A maioria das utentes que iriam realizar indução de trabalho de parto assim como as cesarianas eletivas encontram-se registadas em agenda própria e todos os dias era consultada a agenda. Foram várias as induções de trabalho de parto assistidas, tanto com prostaglandinas (dinoprostona em dispositivo vaginal de libertação lenta, dinoprostona em gel intravaginal ou em comprimidos intravaginais, misoprostol em comprimidos intravaginais) como com ocitocina, sendo o método escolhido pelo médico, que deve realizar o Índice de Bishop, tendo em conta sempre as contra-indicações (DGS, 2015b). O EESMO tem como função acompanhar a indução, monitorizando com CTG e cervicometria, tendo em conta os sinais e sintomas da grávida, seguindo o protocolo do serviço que deve ir ao encontro das normas da DGS.




Este primeiro contacto com o serviço de bloco de partos foi sem dúvida uma experiência bastante enriquecedora, na qual foi compreendida a responsabilidade que um EESMO tem nas suas mãos, assim como a quantidade de competências e conhecimentos que a área acarreta. Foram imensas as situações presenciadas, que levaram a aprendizagem e reflexão. As dificuldades sentidas foram sendo ultrapassadas, tentando demonstrar capacidades nesta área de especialização.

No segundo estágio em bloco de partos realizado no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, com uma durabilidade de apenas 4 semanas foram prestados cuidados à mulher/recém-nascido na sala admissão, sala de partos e puerpério imediato. Na admissão são recebidas mulheres com urgências ginecológicas e obstétricas. A maior parte das admissões realizadas foram de urgências obstétricas, em vários trimestres da gravidez. Sendo este o segundo estágio em bloco de partos, já era capaz de mobilizar melhor os conhecimentos de modo a associar sintomatologia com possíveis diagnósticos, tais como mulheres que apresentavam corrimento vaginal de coloração anormal, disúria, polaquiúria, etc, sugestivas de infeções genitourinárias, diferenciar os diferentes tipos/gravidade de hemorragias segundo cada trimestre, despistar diabetes e hipertensão, doenças infetocontagiosas, entre outras.

Relativamente às doenças infetocontagiosas, estas foram de maior incidência neste estágio. Muitas mulheres eram admitidas sem análises completas e até mesmo com gravidezes mal vigiadas, sendo de grande responsabilidade do EESMO verificar estas situações de modo a precaver proliferação de infeções. Estas situações de gravidezes mal vigiadas podem dever-se ao facto de que algumas mulheres vinham de países de terceiro mundo, onde não tinham as necessárias condições para terem os seus filhos em Portugal. Visto que nesta região existe uma grande comunidade de indivíduos de raça negra (PORDATA, 2018), foi possível observar um meio cultural diferente do anterior.

Durante este estágio no bloco de partos do Centro Hospitalar Barreiro Montijo não foi possível realizar tantos partos quanto no anterior, tendo realizado apenas 9 partos, porém foram observadas algumas emergências obstétricas graves com perigo de morte tanto para a mulher como para o bebé. Foi o caso de uma mulher que realizou cesariana



por placenta acreta que desenvolveu uma hemorragia de difícil hemóstase, tendo de ser transferida para um hospital mais diferenciado. Outra situação alarmante foi o caso de uma puérpera que desenvolveu choque hipovolémico no puerpério imediato, tendo sido transferida para a unidade de cuidados intensivos deste hospital. Além destas duas situações foram observadas 3 reanimações de recém-nascidos. Nestes casos é realizado o algoritmo neonatal da instituição. As equipas que prestam cuidados em salas de partos, assim como nas unidades de neonatologia ou que prestam cuidados a recém-nascidos têm o dever de estar capacitados e treinados nas distintas etapas de reanimação neonatal de modo a existir uma maior eficiência na reanimação, sendo a formação regular imprescindível para o sucesso (Nené, M., Marques, R., Batista, M., 2016).


Durante o ano de 2018 foram registados no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo 1513 partos, dos quais 435 foram cesarianas, tendo nascido 1535 crianças no total segundo os dados do CHBM, (2019). Para além deste hospital disponibilizar um curso de preparação para o nascimento e recuperação pós-parto dirigido por uma equipa multidisciplinar da qual faz parte uma EESMO, uma enfermeira Especialista em saúde mental e psiquiátrica e uma nutricionista, faz parte de vários projetos, tais como “Maternidade com qualidade”. Este projeto é desenvolvido nas 7 salas de parto individuais privilegia a vigilância e promove o bem-estar da grávida e do bebé através da monitorização cardiotocográfica, podendo a gestante ter consigo uma pessoa significativa durante o trabalho de parto e durante o momento do parto, sendo promovida a vinculação precoce do bebé e dos pais, além do aleitamento materno. Outro fator crucial deste programa é a implementação da decisão de ingestão de líquidos aquando do trabalho de parto, salvo casos excecionais em que se preveja uma cesariana. As medidas não farmacológicas de alívio de dor são essenciais, sendo colocado ao dispor medidas para este fim tais como musicoterapia, hidroterapia, massagem shiatsu e bola de *Pilates*. A analgesia epidural é disponibilizada sempre que haja necessidade, são permitidas posições não supinas no trabalho de parto/parto, tendo tido a oportunidade de assistir ao a um parto vertical, que acabou por terminar em parto instrumentado, porém foi mais uma experiência enriquecedora de aprendizagem. A

episiotomia é realizada seletivamente, tendo a preocupação de escutar o desejo da mulher face à situação observada.

Neste serviço não existe folha de passagem de turno, mas sim um quadro em que os EESMOS vão preenchendo com os dados das parturientes, assim como as horas da medicação realizada e a realizar, as horas dos procedimentos realizados e a realizar, tais como colocação de cateter epidural, repicagens, avaliação da glicemia, entre outros. A nível de registos, apenas a avaliação inicial era efetuada no SCLinic e os respetivos registos eram realizados à mão nos processos das parturientes, que se encontravam nas respetivas salas de parto. Era também dada especial atenção à avaliação da dor, sendo que cada vez que se realizava o registo, era necessário avaliar também este sinal vital, preenchendo a escala numérica da dor e assim se adequava os procedimentos segundo o número que a grávida referia. Também a ingestão de líquidos ficava registada no processo, sendo necessário descrever o líquido e a quantidade ingerida, concretizando o projeto “Maternidade com qualidade”.

Aquando da admissão da grávida na sala de triagem são avaliados os sinais e sintomas da grávida e se apresentar contrações já se encontrando no terceiro trimestre é realizado toque vaginal, são auscultados os batimentos cardíofetais com doppler. Caso se verifique início de trabalho de parto ou trabalho de parto é fornecida bata, penso à grávida e enema de limpeza, realizada avaliação inicial, verificado se tem análises completas, são explicados os procedimentos e regras do serviço (nomeadamente o facto de não poder ter o telemóvel consigo) e é encaminhada para a sala de partos. Na sala de partos inicia monitorização cardiotocográfica, são colhidas análises se não tiver análises completas, é puncionado cateter venoso periférico e colocado soro dextrosado em curso. De salientar que nem todas as situações são iguais e lineares, pelo que há que ter sempre em conta os antecedentes pessoais da parturiente, assim como os cm de dilatação que apresenta.

Foram recebidas algumas mulheres com pré-eclampsia tendo sido aplicadas as Normas de Atuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de Santa Maria, (2016), o que foi bastante vantajoso a nível de aprendizagens visto ser uma patologia que requer alguns cuidados especializados



Todas as salas de parto estão devidamente equipadas, nomeadamente com ressuscitadores de recém-nascido e todas as manhãs é verificado e repostado o stock do material e de medicação de modo a que reduzir as falhas em momentos principalmente de emergência.

Terminado o parto e após todos os procedimentos inerentes a ele, as mulheres vão para a sala de recobro para realização do puerpério imediato, junto do recém-nascido, onde são avaliados os sinais vitais da puérpera e onde é incentivado aleitamento materno. Em 2012 o Centro Hospitalar Barreiro Montijo foi reconhecido como Hospital Amigo dos Bebés, por cumprir as 10 medidas para um aleitamento materno de sucesso e em 2016 a certificação foi renovada. Estas medidas foram instituídas e aclaradas pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. Além destes procedimentos é oferecida uma refeição ligeira e é retirado cateter epidural caso a mulher se sinta bem-disposta. São avaliadas as mamas e mamilos, assim como o globo de segurança de Pinard e são avaliados os lóquios e o períneo.

Para situações de reanimação ou de cuidados acrescidos de recém-nascido existe também um berçário munido de dois reanimadores e incubadora.

Durante o estágio no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo foram observadas apenas duas cesarianas, tendo sido dado mais ênfase ao trabalho de parto e parto em si, porém deu para ter uma perceção do trabalho efetuado na sala operatória. Foram apresentados todos os materiais e drogas existentes na sala pela supervisora clínica, assim como demonstrado o percurso operatório tanto para cirurgias ginecológicas como para cesarianas.

Em suma, este estágio veio trazer mais experiências enriquecedoras, principalmente no âmbito das urgências/emergências obstétricas, algo que até aqui talvez não estivesse tão presente quanto graves podem estas vir a ser tanto para a mulher como para o recém-nascido, percebendo na prática que a passagem para o meio extrauterino nem sempre é fácil. Outro aspeto a salientar foi o ambiente cultural tal como já referido anteriormente, sendo importante por vezes sair da zona de conforto para vivenciar situações diferentes do habitual e com elas crescer profissionalmente.

O último estágio em bloco de partos foi realizado no bloco de partos do CHUA de Portimão e foram efetuados 13 partos eutócicos. Neste estágio foi sentida uma maior exigência dado ser o terceiro estágio neste tipo de serviço, o que serviu também para aperfeiçoar técnicas, procedimentos e ter uma visão mais global dos cuidados de enfermagem em saúde materna e obstétrica.

Os registos inerentes ao trabalho de parto e parto são todos realizados em nota geral e é utilizada folha de passagem de turno. Para ajudar, são realizados alguns registos no equipamento do CTG, tais como repicagens, administração de paracetamol, buscopan, entre outros, Rotura espontânea de bolsa amniótica (REBA)/ Rotura artificial de bolsa amniótica (RABA), entre outros procedimentos que já estão predefinidos no sistema. Na sala de enfermagem existe o ecrã com todos os CTG's em execução, tanto nas salas de parto, como nas salas de CTG e até mesmo os CTG's que são realizados no serviço de Obstetria, com todos os dados, sendo mais fácil de realizar os registos no SClinic.

A nível de procedimentos realizados neste estágio, não diferiram muito dos já mencionados nos outros estágios realizados em sala de partos. Foram efetuados cuidados a nível de admissão, de mulheres do foro ginecológico e obstétrico. A nível obstétrico foi dada especial atenção aos antecedentes pessoais, tendo sido admitidas grávidas com diversas patologias, tais como pré-eclampsia, diabetes mellitus tipo1 e tipo2 sendo seguidos os algoritmos do serviço mediante cada situação, grávidas com infeções genitourinárias, ameaças de parto pré-termo com necessidade de administração de tocolíticos e de maturação pulmonar, uma mulher com hepatite B, mulheres com cesarianas anteriores para realização de nova cesariana, estando alerta para sinais e sintomas, tendo em conta as semanas de gestação e verificação se as análises se encontravam completas), foram efetuadas preparações do material de punção de cateter epidural e colaboração na técnica (posicionamento da grávida, apoio emocional, avaliação de parâmetros vitais e vigilância de reações adversas), gestão de induções de trabalho de parto com os vários métodos de aplicação de prostaglandinas, com ocitocina e através de RABA, gestão dos 4 estádios de trabalho de parto, monitorização e interpretação cardiotocográfica, cervicometria, profilaxia de Streptococos B, colaboração no alívio da dor das parturientes

por meios farmacológicos e não farmacológicos, foi realizada manutenção das necessidades da grávida, em termos de alimentação, descanso, vigilância de eliminação urinário após administração de epidural, realizando esvaziamentos vesicais se necessário, foram efetuadas algumas episiotomias, episiorrafias e perineorrafias, ainda com algumas dificuldades pois cada sutura é diferente, porém com mais confiança e segurança. Foi feita preparação pré-operatória para cesariana de urgência/eletiva, foi prestado suporte emocional contínuo às parturientes, foram realizados os cuidados ao recém-nascido e cuidados à mulher no puerpério imediato tal como já referido nos estágios anteriores. De notar, que em praticamente todos os estágios realizados, foi observado que a idade das mulheres ao terem o primeiro filho. Em suma, neste último estágio, a gestão de todos os estágios do trabalho de parto, bem como outros procedimentos foram efetuados de forma mais autónoma e independente possível e talvez por isso também tivessem surgido dúvidas mais pertinentes e houvesse uma sensação de maior responsabilidade, assim como um maior peso nas decisões tomadas. Foram tantas as experiências vivenciadas durante todo este percurso, que por vezes é difícil conseguir transmitir por papel todos os acontecimentos. Foi um excelente estágio, no qual foram adquiridas e solidificadas várias competências e ferramentas para um dia ser uma boa profissional nesta área abraçada.

4.2. Recursos materiais e humanos

Para a realização deste estudo foram necessários recursos materiais e humanos. A nível de recursos materiais, foi criado o blog já acima mencionado, foi utilizado o pavilhão gimnodesportivo de Portimão, foram necessárias folhas de papel para impressão do questionário e do consentimento informado e houve custos de transporte a Évora para orientação da supervisora docente. A nível de recursos humanos, foi necessário recorrer a todas as grávidas e puérperas que se dispuseram a participar no estudo assim como da supervisora docente e da supervisora clínica do centro de saúde de Portimão.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

5.1. Discussão de resultados

Após a análise de dados pode-se constatar que 70% das mulheres que responderam ao questionário encontram-se na faixa etária entre os 20 e os 35 anos. Estes dados estão de acordo com a média Nacional da idade da mãe ao nascimento de um filho em 2018, em que a idade é de 32,1 anos (PORTDATA, 2019).

No que concerne à escolaridade, verifica-se que 52% das mulheres são licenciadas, 7% são detentoras de mestrado ou doutoramento, o que perfaz 59% de mulheres com ensino superior e 41% sem habilitações superiores. Segundo os dados Nacionais de 2011 que constam em PORDATA, (2019) a detenção do nível académico superior das mulheres aumentou substancialmente desde 1960, o que explica o facto de mais de metade da amostra ter estas habilitações académicas.

Parente et al., (2011) mencionam que a escolaridade influencia a empregabilidade, dado que os baixos níveis de escolaridade conduzem a situações de desemprego e emprego precário. No que toca à nacionalidade, 10,15% da população residente em Portugal é de nacionalidade Brasileira (PORDATA, 2019), o que esclarece o facto de existirem Brasileiras nesta amostra. A amostra é formada maioritariamente por pessoas que vivem em união de facto (68%), o que segundo os dados do PORDATA, (2019), revelam que em 2011, 8,1% da população vivia em união de facto.

Verificou-se que a amostra era composta maioritariamente por mulheres que estão na primeira gestação com viabilidade, visto que 50% das inquiridas que responderam ter uma gestação, 52% referem não ter tido ainda nenhum parto. 32% das mulheres referem já ter tido um parto, 13% já tiveram 2 partos, 2% tiveram 3 partos e 1% já tiveram 4 partos ou mais. Pode-se constatar que em Portugal as mulheres têm cada vez menos filhos. Estes dados vão de encontro ao que o site Nascer em Portugal, (2019) descreve, no qual consta que em 2018, para existirem 10 bebés, tinha de haver 3 mães, enquanto que a proporção


em 2000 era de 10 bebés para 6 mães, em 1980 10 bebés para 4 mães e em 1960 era de 10 bebés para 3 mães.

Estima-se que esta seja a primeira pesquisa portuguesa que relaciona a imagem corporal com a sexualidade durante o período gravídico. As mudanças corporais durante este período são uma constante e desta forma tentou-se perceber se o facto de a grávida se importar com o seu corpo, com as formas do mesmo, de intervir de modo a obter melhor forma, alcançando uma maior autoestima, influenciaria também na qualidade dos seus orgasmos, na frequência/diversidade/criatividade da sua vida sexual, e até mesmo no seu estado de humor após a relação, entre outros.

Segundo Rocha et al., (2014), um fator que influencia na atividade sexual da mulher é a sua estética, ou seja, o facto de a grávida não se sentir atraente pode baixar a sua autoestima comprometendo a vida sexual. Nos resultados do presente estudo, as mulheres que se preocupam parcialmente e totalmente com o seu corpo são as que têm uma vida sexual mais ativa e prazerosa. Já as mulheres que se preocupam menos, têm resultados menos positivos. Porém, no estudo de Costa& Pinto, (2012), consta que o desejo sexual diminui no 1.º e no 3.º trimestre, ao contrário do que foi observado.

Meireles et al., (2015b), salientam que a sociedade tem influência no modo em como a pessoa processa a sua imagem corporal, que é percebida como a representação mental do corpo, sendo esta perceção abalada pelos nove meses de mudança corporal natural, afastando-se do ideal de magreza imposto. No entanto, é necessário entender que a sexualidade durante a gravidez, vai muito para além do coito. Traz compromisso e aceitação do outro, com benefícios ambos os cônjuges. O sexo e a sexualidade podem e devem favorecer o erotismo na grávida, para que ela possa continuar a sentir-se sexualmente desejada, apesar das alterações do seu corpo, no processo que a tornará mãe (Senkumwong et al., 2006).

5.2. Processo de mobilização e aquisição de competências especializadas e de investigação



Durante todo o processo de mobilização e aquisição de competências existem aspetos positivos e negativos e faz parte deste mesmo processo aprender com todos eles de modo a crescer e melhorar. Para tal é necessário existirem momentos de reflexão que permitam analisar o desempenho e motivações do estudante. As reuniões e esclarecimentos com as supervisoras clínicas e docente são sempre de grande valor no processo de aprendizagem e na aquisição de conhecimentos, na medida em que são abordadas as dificuldades sentidas e como puder ultrapassá-las, de modo a ter uma melhor atuação mediante cada situação diferente, além de serem discutidos casos mais complexos e o projeto a ser elaborado durante todo o estágio. A relação com as equipas multidisciplinares tiveram um papel decisivo neste processo. O apoio incondicional das mesmas foi uma mais-valia para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências, tendo sempre o sentimento de fazer parte das equipas.

Como futura EESMO é deveras importante adquirir conhecimentos técnico-científicos que possam munir de ferramentas para um bom desempenho profissional, não só agora enquanto estudante, mas também quando exercer, de modo a atualizar sempre os conhecimentos e poder assim melhor atuar, educar e informar.

Dado o fato de este estudo ter uma componente de investigação, existiu a necessidade de trabalhar neste sentido, pesquisando acerca desta disciplina, realizando a revisão de literatura, criando um blog e através da utilização do programa SPSS e análise estatística, tendo esta aquisição de competências sido bastante positiva, construtiva e enriquecedora.

5.3 Cumprimento do Cronograma

Relativamente ao cumprimento do cronograma, pode-se dizer que este foi cumprido com parecer positivo, tendo sido realizadas a maior parte das atividades propostas. Foi realizada pesquisa bibliográfica, o projeto e pedido à comissão de ética para investigação, foi apresentado o projeto às grávidas e puérperas que receberam atendimento nos diferentes locais de estágio e realizada recolha de dados através de email,

tendo sido criado um blogue que não consta no cronograma e foi realizada sessão de educação para a saúde, além de um poster científico (Apêndice H).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1. Síntese de conceitos principais

A sexualidade é assinalada com um dos cinco mais importantes critérios mais importantes da saúde na vida de um indivíduo, sendo cada vez mais valorizada a sua relevância na saúde sexual para a manutenção de relacionamentos além de fazer parte da saúde global e bem-estar, devendo ser orientada corretamente em cada fase do ciclo de vida, com as respectivas alterações e os ajustes podem vir a melhorar a qualidade de vida de forma substancial (Vettorazzi et al., 2012).

A gravidez é uma das fases mais marcantes do ciclo da vida da mulher, influenciando a sua sexualidade, sendo que durante este momento a grávida é afetada por fatores tais como a alteração da percepção da imagem corporal, diminuição de energia, no qual existem sintomas fisiológicos e desconfortos relativamente ao corpo, ajuste de papéis sociais, alterações no relacionamento com o cônjuge e alterações a nível do estado de humor, entre outros (Savall, Mendes & Cardoso, 2008).


6.2. Contributos/reflexão para o desenvolvimento pessoal/profissional

O Relatório teve como intuito ser o resultado reflexivo da transição de um processo de aprendizagem como uma maneira de obter uma avaliação, encontrando-se nele registada para memória as experiências adquiridas e consolidadas através da mobilização da teoria assimilada durante um percurso de dois anos letivos. Como tal, foram cumpridos os objetivos do estágio com aprovação, tendo sido realizados 43 partos eutócicos no total, participado ativamente em 16 partos distócicos (por fórceps e ventosa), realizado um total de 31 episiotomias e 32 episiorrafias/perineorrafias. Em termos de vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco foram prestados cuidados a 32 grávidas nesta situação, 17 parturientes e 5 puérperas. A nível de prestação de cuidados a puérperas

saudáveis foram prestados cuidados a 130 mulheres. Relativamente a prestação de cuidados a recém-nascidos saudáveis foram prestados cuidados a 119 bebés e a recém-nascidos de risco, 21. No que concerne à prestação de cuidados a mulheres com afeções ginecológicas, somaram um total de 64 mulheres.

6.3. Análise crítica

Durante o percurso do estágio pretendeu-se prestar cuidados de enfermagem especializados, o mais autonomamente possível, com a máxima responsabilidade e qualidade que esta profissão exige, pelo que foram atingidos os objetivos acima já mencionados com apreciação positiva. Relativamente às dificuldades sentidas, estas foram sendo superadas com força, vontade e determinação, destaca-se o fator tempo, dado trabalhar e estudar ao mesmo tempo e também o facto de não ter sido permitido inquirir as participantes nos locais de estágio, tendo assim de recorrer aos cursos de preparação para o nascimento do Centro de Saúde de Portimão, o que foi um acréscimo de tempo e custos, além da criação de um blogue para chegar a mais pessoas. A criação do blogue trouxe essa vantagem, mas também trouxe a desvantagem de não poder estar presente aquando do preenchimento do questionário, o que fez com que os questionários não fossem preenchidos de forma mais rigorosa e não pudesse tirar as dúvidas das participantes. Consequentemente, houve uma pessoa que não considerou a gestação atual como uma gestação, o que pode ter acontecido com múltíparas também. Algumas mulheres não eram detentoras de certos conceitos, por exemplo, pessoas que se encontravam em união de facto há mais de 2 anos, colocaram que eram solteiras, algumas não tinham conhecimento da palavra “puérpera”, o que fez com que não se pudesse perceber quantas grávidas e quantas puérperas participaram no estudo. Relativamente às escalas utilizadas poderão não ser as mais adequadas para avaliar a perceção que uma mulher tem acerca da sua imagem corporal, já que existem várias dimensões e formas de entendê-la. No que toca à revisão de literatura, foi utilizada literatura sobretudo portuguesa e brasileira, seria interessante



realizar uma pesquisa mais abrangente, já que cada cultura tem realidades, conceitos e formas de vivenciar diferentes.

6.4. Recomendações e sugestões para pesquisas futuras

É necessário realizar mais estudos para mais conhecimento da influência da imagem corporal na sexualidade durante o período gravídico, de modo a que o EESMO consiga orientar a mulher nesta fase do ciclo de vida. Recomenda-se que para uma maior compreensão acerca das preocupações e fatores influenciadores acerca da imagem corporal e da sexualidade sejam criadas ferramentas adequadas para este momento, principalmente para que as grávidas possam vivenciar e lidar com todas estas mudanças da forma mais saudável e prazerosa, obtendo uma maior qualidade de vida e bem-estar a nível materno e infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, E. & Lüdke, M. (2012). O estágio como espaço de reflexão entre a teoria e a prática. *Revista Intersaberes*, 7 (14), pp. 429 – 433.
- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th Ed.). Washington, DC: APA.
- Araújo, N.M., Salim, N.R., Gualda, D.M.R., & Silva, L.C.F.P. (2012). Corpo e sexualidade na gravidez. *Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo*, v. 3, n. 46, p. 552-558.
- Associação para o Planeamento Familiar, (2019). Obtido em: <http://www.apf.pt/sexualidade/resposta-sexual-humana>.
- Barbosa, B.N., Godim, A.N.C., Pacheco, J.S., Pitombeira, H.C.S., Gomes, L.F., Vieira, L.F., & Damasceno, A.K.C. (2011). Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(3), pp.464-473.
- Basson R. (2011). Transtorno da excitação/desejo sexual em mulheres. In: Leiblum SR. *Princípios e prática da terapia sexual*. 4ª ed. São Paulo: Roca.
- Castro, T. & Dias, S. Identificação no nível de satisfação sexual de mulheres gestantes. *Revista Ciência & Saberes – Facema*, 3 (3): 601-607.
- Centro Hospitalar do Barreiro e Montijo. (2019). Disponível em: <http://www.chbm.min-saude.pt>
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE (2019). Obtido em: <http://www.chualgarve.min-saude.pt/>
- CHUA. (2017). Relatório de Gestão de Contas 2017. Obtido de: http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/08/CHUA_RC2017.pdf.
- Clode, N., Jorge, C. C., & Graça, L. M. (2016). Normas de Actuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de Santa Maria, Lisboa.
- Coelho, M. (2016). O Enfermeiro Especialista na promoção da sexualidade na gravidez. Lisboa.

-
- Corbani, N.M.S., Brêtas, A.C.P., & Matheus, M.C.C. (2009). Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. *Rev. bras. enferm.*, 62(3).
- Correia, A.I.H. (2017). O processo de tomada de decisão dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na prática da episiotomia, em partos vaginais.
- Costa, J.C. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Millenium - Revista do ISPV*, 30.
- Costa, V.D.M & Pinto, M.J.C. (2012). Análise prospectiva da resposta sexual feminina na gestação. *Revista Latinoamericana de Medicina Sexual*, 1(1), p.6.
- Coutinho, E., da Silva, C., Chaves, C., Nelas, P., Parreira, V., Amaral, M. & Duarte, J. (2014). Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? *Rev Esc Enferm USP*, (48), pp.17-24.
- Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, Artigo 10. *Diário da República*, I Série.
- DGS. (1998). Prestação de cuidados pós-concepcionais. Lisboa: Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância. Lisboa: Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2006). Diagnóstico Pré-Natal de Cardiopatias Congénitas. Lisboa: Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2007). Profilaxia da Isoimunização Rh. Lisboa: Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2009). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Lisboa: Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2013). Exames Laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2015a). Colheita de Sangue do Cordão Umbilical para Gazimetria . Lisboa: Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2015b). Indução do Trabalho de Parto . Lisboa: Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde.

-
- DGS. (2015c). Programa Nacional para Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2017). Rastreio e Tratamento da Surdez com Implantes Cocleares em Idade Pediátrica. Lisboa: Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2019). Programa Nacional de saúde Oral. Lisboa: Ministério da saúde. Direção Geral da Saúde.
- Graça, L. (2012). Medicina Materno-Fetal. Lisboa: Lidel. ISBN – 978-972-757-654-8;
- Graça, L.M. (2010). Técnicas invasivas de diagnóstico e terapêutica do feto. In Medicina Materno-Fetal. Lidel Editora, Lisboa, 311-315
- Graça, L.M. (2010). Técnicas invasivas de diagnóstico e terapêutica do feto. In Medicina Materno-Fetal. Lidel Editora, Lisboa, 332
- Guerra, M.J., Braga, M.C., Quelhas., Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (spe1).
- Jung, C.G. A natureza da psique. (2013). 10.ed. Petrópolis, RJ: Vozes. Obras completas de C. G. Jung, v.14/2)
- Lemos, P. (2017). Este Alentejo tem pão, azeite, alho e caril. Sulinformação. Obtido em: <https://www.sulinformacao.pt/2017/09/este-alentejo-tem-pao-azeite-alho-e-caril/>
- Levy, L.& Bértola, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, pp.23-26.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). Enfermagem na Maternidade 7ª Ed. Loures: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D., Perry, S., Cashion, K., & Alden, K. (2013). Saúde da mulher e enfermagem obstétrica (10ª ed.). Rio de Janeiro: Mosby. Elsevier.
- Manual de Articulação Aces Algarve II. (2017). Barlavento Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Portimão, pp 4-5. Obtido em: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/03/UCSP_Portimao_Manual_Articulacao.pdf

-
- Medeiros, M.S., Costa., V. B., & Santos. T. M. M. G. (2013). Sexualidade na gravidez: Vivências de gestantes. *Revista Interdisciplinar Centro Universitário Uninovafapi*. v6,n.4, pp.34-43.
- Meireles, J., Neves, C., Carvalho, P. & Ferreira, M. (2015a). Insatisfação corporal em gestantes: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência e saúde coletiva*, 20(7).
- Meireles, J., Neves, C., Carvalho, P. & Ferreira, M. (2015b). Imagem corporal de gestantes: associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*37(7):319-24
- Mendes, T. (2012). Vivências da Sexualidade nas Mulheres após o Nascimento do Primeiro Filho Fatores Condicionantes do Bem-estar Sexual.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 741-A/2007 de 21 de Junho, Capítulo IV, art. 16
- Montenegro, C., Braga, A. & Rezende Filho, J. (2011). *Rezende Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Morais, C. (2010). Descrição, análise e interpretação de informação quantitativa. Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior de Educação.
- Nasceremportugal.ffms.pt. (2019). Nascer em Portugal. [online] Obtido em: <http://nascereportugal.ffms.pt/#cada-vez-menos>
- Neto, F.A.D., Júnior, B.S.S., Silva, B.S.B.M., Moura, P.F., & Soares, M.C.S. (2015). Percepção de um grupo de gestantes frente à sexualidade na gestação. *Combracis*, 83.
- O'Reilly, B., Bottomley, C., & Rymer, J. (2008). *Ginecologia e Obstetrícia*. Loures: Lusodidacta. ISBN – 978-989-8075-06-2.
- Oladapo, O.T., Okusanya, B.O., & Abalos, E. (2012). Intramuscular versus intravenous prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Data base of Systematic Reviews*, Issue2. Art. No.: CD009332. DOI: 10.1002/14651858.CD009332.pub2
- Ordem dos Enfermeiros. (2001) *Divulgar Padrões de qualidade dos cuidados*, 6-7. Obtido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

-
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Livro de Bolso Enfermeiros de Saúde Materna e Obstétrica, p8. Obtido em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Livro de Bolso Enfermeiros de Saúde Materna e Obstétrica, p33. Obtido em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a) Posição da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica sobre os critérios de utilização do teste de deteção de ADN fetal livre em sangue materno. Obtido em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9989/parecer-n%C2%BA-39_2018.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Parecer nº37 para implementação de implantes contraceptivos por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Parecer nº43 para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. Obtido em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%C3%A1lculo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2016). Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez.
- Organização Mundial de Saúde (2013) O clampeamento tardio do cordão reduz a anemia infantil.
- Parente, C., Ramos, M., Marcos, V., Cruz, S.A., Neto, H.V. (2011). Efeitos da escolaridade nos padrões de inserção profissional juvenil em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 65, pp.69-93.
- Pereira, E.V., Belém, J.M., Alves, M.J.H., Maia, E.R., Firmino, P.R.A., & Quirino, G.S. (2018). Função, Práticas e posições sexuais de mulheres grávidas. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 12(3), pp.772-780.

-
- Petribús, B.G. C & Mateos, M.A.B. (2017). Imagem corporal e a gravidez. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica*, 35(1), pp.33-39.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- PORDATA (2015). Índice de longevidade segundo os Censos. Obtido em: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- PORDATA. (2018). Municípios. Obtido em: <https://www.pordata.pt/Municipios>
- Pordata.pt., 2018. PORDATA - Óbitos por algumas causas de morte (%). Disponível em: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Prado, D.S., Lima, R.V., & Lima, L.M.M.R. (2013). Impacto da gestação na função sexual feminina. *prática. Revista Intersaberes*, 7 (14), pp. 429 – 433.
- Queirós, A., Conde, P., Cunha, V., Ambrósio, P., Marques, F. J., & Serrano, F., (2011). Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez. *Ver Port Clim Geral*, 27: 434-43.
- Reis, E.A. & Reis I.A. (2002). Análise Descritiva de Dados. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG. Disponível em: www.est.ufmg.br
- Relatório Primavera. (2018). Meio caminho andando. Observatório Português dos sistemas de saúde. Obtido de: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>
- Rocha, M.G.F., Vieira, J.L.B., Nascimento, E.G.C., & Chiere, J.C. 2014). Viver a sexualidade feminina no ciclo gravídico. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 18(3), pp.209-218.
- Rtp.pt. (2019). Hospital de Portimão debate-se com falta de pediatras. [online] Available at: https://www.rtp.pt/noticias/pais/hospital-de-portimao-debate-se-com-falta-de-pediatras_v1155100 [Acesso 4 setembro. 2019].
- Savall, A. C. R., Mendes, A. K. & Cardoso, F. L. (2008). Perfil do Comportamento Sexual na Gestação. *Fisioterapia em Movimento*. Volume 21, número 2, 61-70.
- Senkumwong, N., Chaovitsaree, S., Rugpao, S., Chandrawongse, W., & Yanunto, S. (2006). The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. *J Med Assoc Thai*. 89(Suppl 4):pp.124-129.

-
- Silva, A.I. & Bárbara, F. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria clínica*, 25(3), pp.253-264.
- Soares, M.I., Camelo, S.H.H., Resck, Z.M.R., & Terra FS. Nurses'. Saberes Gerenciais no Contexto Hospitalar. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(4):631-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690409i>
- Sola, C.F., Kana, D.H., Molina, J.G., Samper, E.C., Rodriguez, M. M. L. ,& Padflla, J.M.H. (2018). Sexualidade durante todas as fases da gravidez: experiências de gestantes. *Acta Paul Enferm*, 31(3), pp.305-312.
- Spagnol, C.A., Fernandes, M.S., Flório, M.C.S., Barreto, R.A.S.S., Sant'Ana, R. P.M., & Carvalho, V.T. (2001). O método funcional na prática da enfermagem abordado através da dinâmica de grupo: Relato de uma experiência. *Rev Esc Enf USP*, 35(2), pp.122-129.
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE (2019). Obtido em: <http://www.ulsba.min-saude.pt/>
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. (2017). Plano de Atividades e Orçamento.Beja: Serviço Nacional de Saúde.
- Valença, C., German, R., Malveira, F., Azevedo, L., & Oliveira, A. (2014). Articulação teoria/prática na formação em saúde e a realidade do Sistema Único de Saúde. *Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, p. 830 – 835
- Vettorazzi, J., Marques, F., Hentschel, H., Ramos, J., Costa, S. & Badalotti, M. (2012). Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. *Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 32(4), pp.473-479.
- Zanatta, E., Pereira, C.R.R., & Alves, A.P. (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Pesqui. prá. psicossociais*, 12(3).



APÊNDICES



APÊNDICE A: Dados Estatísticos

Gráfico “Nacionalidade”



Gráfico “Estado Civil”

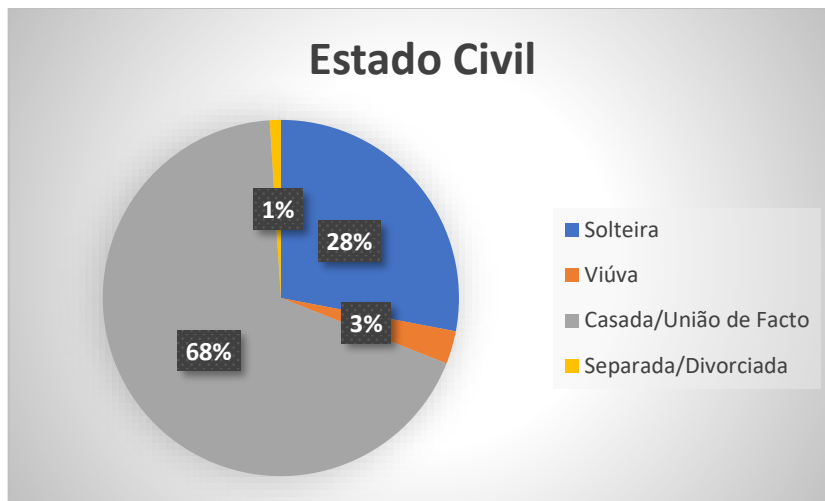
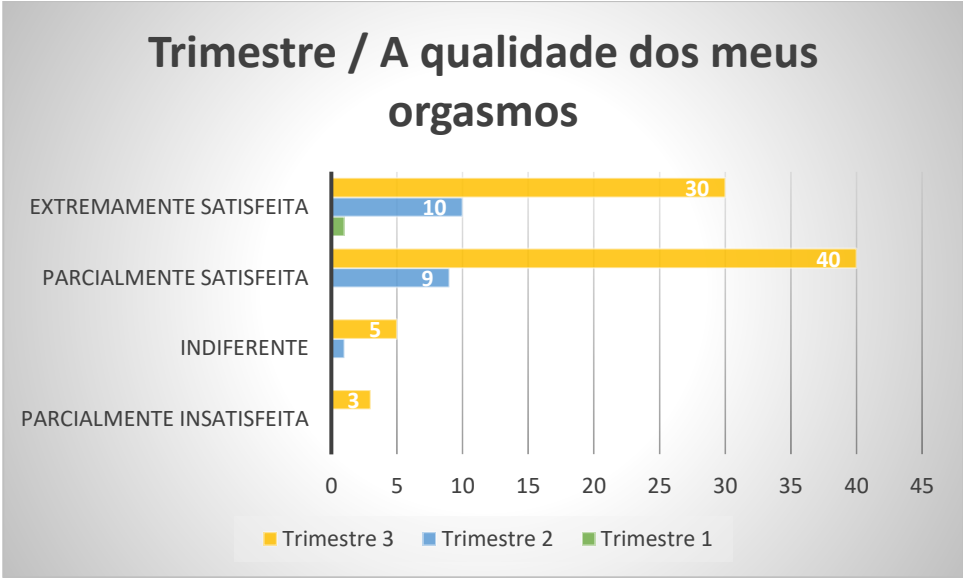



Gráfico “A qualidade dos meus orgasmos”





APÊNDICE B: Declaração de Consentimento Informado para Grávidas e Puérperas

Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:

Consentimento Informado Esclarecido e Livre

Este projeto insere-se no âmbito da realização do estágio de natureza profissional, inserido no contexto de aprendizagem de cuidados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, orientado pela Prof.^a Doutora Ana Frias.

Tem como objetivo investigar como a mulher percebe a imagem corporal e a sexualidade no ciclo gravídico, contendo também perguntas de ordem sociodemográfica.

Responda honestamente às questões que lhe são colocadas. Os dados recolhidos serão tratados com confidencialidade.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Grata pela sua colaboração.

Maria Inês ferreira

Aluna dos Mestrado/Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrica

Email: Inesferreira2007@hotmail.com


Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assinou. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

(ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR UMA PAGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE)

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / _____



APÊNDICE C: Questionário sobre Imagem Corporal e Sexualidade na Gravidez

Questionário Imagem corporal e Sexualidade na Gravidez

Este questionário insere-se no projeto de estágio do Mestrado de cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora.

O estudo contribui para identificar as alterações corporais e como a mulher se sente relativamente à atratividade; conhecer as repercussões na satisfação sexual da grávida e refletir sobre os resultados obtidos a fim de orientar para a prestação de cuidados às grávidas relacionados com a imagem corporal e a sexualidade.

A sua participação para este estudo é indispensável, pelo que se sollicita que responda a todas as questões com a máxima sinceridade possível. As respostas dadas ficam em anonimato, garantindo que estas informações não serão facultadas a terceiros, nem publicadas. Os dados recolhidos destinam-se a ser utilizados com fins académicos. Tempo de preenchimento estimado de 5 minutos.

Data: __/__/__

Grata pela colaboração!
M^a Inês Ferreira

PARTE I- CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

Assinale, por favor, com um **X** a opção correta e complete as restantes questões.

1. Nacionalidade: _____ 1.1. Trimestre de gravidez/puérpera: _____

2. Faixa de idade:

1) Até 19 anos 2) De 20 a 35 anos 3) De mais de 35 anos

3. Escolaridade:

1) Escola Primária 2) Até 9º ano 3) Até 12º ano

4) Licenciatura 4) Mestrado/Doutoramento 6) Outro Profissão: _____

4. Estado Civil:

1) Solteira 2) Viúva 3) Casada/União de facto

4) Divorciada/Separada Tempo com parceiro(a): _____

5. Número de Gestações:

a) 0 b) 1 c) 2

d) 3 e) 4 ou mais

6. Número de Partos

a) 0 b) 1 c) 2

d) 3 e) 4 ou mais

7. Gravidez desejada?

Sim Não

8. Alguma vez falou com um profissional de saúde sobre estas questões?

Sim

Não Se sim, com qual: _____

PARTE II- (ABS) – Escala de Atenção às Formas do Corpo

Responda às partes II e III considerando a sua percepção ou opinião quanto às afirmações, circulando o número que corresponda ao seu grau de concordância.

	1 - Discordo totalmente	2 - Discordo parcialmente	3 - Indiferente	4 - Concordo Parcialmente	5 - Concordo totalmente
01	Dou muita importância às formas do meu corpo.				
02	Compro produtos que me prometem ter um corpo melhor.				
03	Não tenho consciência acerca das formas do meu corpo.				
04	Estou sempre a tentar melhorar as formas do meu corpo.				
05	Uso roupas que destacam os melhores aspetos do meu corpo e escondo as piores.				
06	Incomoda-me bastante quando não consigo manter o meu corpo em forma.				
07	Sou muito atenta às formas do meu corpo.				


Fonte: Elaborado pelo autor Dean W. Beebe (2010)

Parte III - (NSSS-S): Nova Escala de Satisfação Sexual- Versão Curta

	1 - Nada satisfeita	2 - Parcialmente insatisfeita	3 - Indiferente	4 - Parcialmente satisfeita	5 - Extremamente satisfeita
01	A qualidade dos meus orgasmos.				
02	A capacidade de me "soltar" e me entregar ao prazer sexual durante as relações.				
03	A forma como eu reajo sexualmente ao(à) meu(minha) parceiro(a).				
04	O funcionamento sexual do meu corpo.				
05	O meu humor depois da atividade sexual.				
06	O prazer que eu proporciono ao meu (minha) parceiro(a) sexual.				
07	O equilíbrio entre o que eu dou e o que eu recebo durante o sexo.				
08	O à-vontade do(a) meu (minha) parceiro (a) durante o sexo.				
09	O à-vontade do(a) meu (minha) parceiro (a) em ter orgasmos.				
10	A criatividade sexual do meu (minha) parceiro (a).				

		1 - Nada satisfeita	2 - Parcialmente insatisfeita	3 - Indiferente			
		4 - Parcialmente satisfeita	5 - Extremamente satisfeita				
11	A diversidade das minhas atividades sexuais.	1	2	3	4	5	
12	A frequência da minha atividade sexual.	1	2	3	4	5	

Fonte: Elaborado pelo autor Pechorro et al., (2016).



APÊNDICE D: Blogue com o Questionário sobre Imagem Corporal e Sexualidade na Gravidez

gravidexsexualidade.blogspot.com/?fbclid=IwAR38rSY-DOOiuDTOLfMktikL4FTUky_So2gic0cCbmsMNg9tF2Q0iC58rIM

Apps YouTube MP3 Outlook Moodle da Univers... Caixa de entrada ... SIUE: Sistema de In... Direção-Geral da Sa... Ordem dos Enferm...

inesmartinsmeio00@gmail.com Nova mensagem Design

Imagem corporal e Sexualidade na Gravidez

Imagem corporal, sexualidade; Gravidez

terça-feira, 9 de abril de 2019

Este questionário insere-se no projeto de estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora.

Destina-se a grávidas e puérperas, sendo que as grávidas devem referir o trimestre em que se encontram e as puérperas devem basear-se na sua vivência durante o 3º trimestre.

O estudo contribui para identificar as alterações corporais e como a mulher se sente relativamente à atratividade; conhecer as repercussões na satisfação sexual da grávida e refletir sobre os resultados obtidos a fim de orientar para a prestação de cuidados às grávidas relacionados com a imagem corporal e a sexualidade.

A sua participação neste estudo é indispensável, pelo que se solicita que responda a todas as questões com a máxima sinceridade possível. As respostas dadas ficam em anonimato, garantindo que estas informações não serão facultadas a terceiros, nem publicadas. Os dados recolhidos destinam-se a ser utilizados com fins académicos. Tempo de preenchimento estimado de 5 minutos.

Pesquisar neste blogue

Página inicial

Acerca de mim

Grávidas e Puérperas

Ver o meu perfil completo

Denunciar abuso

Arquivo do blogue

▼ 2019 (1)

M^{te} Inês Ferreira

IMAGEM CORPORAL E SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ

PARTE I: CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

Assinale, por favor, a opção correta e complete as restantes questões.

1. Nacionalidade

1.1. Trimestre de gravidez/Puérpera

2. Faixa de idades:

1) Até 19 anos

2) De 20 a 35 anos

3) Mais de 35 anos

3. Escolaridade:

1) Primária

2) Até 9º ano

3) Até 12º ano

4) Licenciatura

5) Mestrado e/ou Doutoramento

6) Outro

3.1. Profissão

e) Outro

3.1. Profissão

4. Estado Civil
 1) Solteira
 2) Viúva
 3) Casada / União de facto
 4) Divorciada/Separada

4.1. Tempo com parceiro

5. Número de gestações
 a) 0
 b) 1
 c) 2
 d) 3
 e) 4 ou mais

5.1. Número de Partos
 a) 0
 b) 1
 c) 2
 d) 3
 e) 4 ou mais

6) Gravidez desejada
 1) Sim
 2) Não

7. Alguma vez falou com um profissional de saúde sobre estas questões?
 1) Sim
 2) Não

1) Sim
 2) Não

7. Alguma vez falou com um profissional de saúde sobre estas questões?
 1) Sim
 2) Não

Se sim, com qual:

PARTE II- (ABS) – Escala de Atenção às Formas do Corpo

Responda às partes II e III considerando a sua percepção ou opinião quanto às afirmações, assinalando o número que corresponda ao seu grau de concordância.

1 - Discordo totalmente 2 - Discordo parcialmente 3 - Indiferente 4 - Concordo Parcialmente 5 - Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
01) Dou muita importância às formas do meu corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02) Comprro produtos que me prometem dar um corpo melhor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03) Não tenho consciência acerca das formas do meu corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04) Estou sempre a tentar melhorar as formas do meu corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



04) Estou sempre a tentar melhorar as formas do meu corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05) Uso roupas que destacam os melhores aspetos do meu corpo e escondo as piores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06) Incomoda-me bastante quando não consigo manter o meu corpo em forma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07) Sou muito atenta às formas do meu corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: Elaborado pelo autor Dean W. Beebe (2010)

Parte III - (NSSS-S): Nova Escala de Satisfação Sexual- Versão Curta

1 - Nada satisfeita 2 - Parcialmente insatisfeita 3 - Indiferente 4 - Parcialmente satisfeita 5 - Extremamente satisfeita

	1	2	3	4	5
01) A qualidade dos meus orgasmos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02) A capacidade de me "soltar" e me entregar ao prazer sexual durante as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

03) A forma como eu reajo sexualmente ao(a) meu(minha) parceiro(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04) O funcionamento sexual do meu corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05) O meu humor depois da atividade sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06) O prazer que eu proporciono ao meu (minha) parceiro(a) sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07) O equilíbrio entre o que eu dou e o que eu recebo durante o sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08) O à-vontade do(a) meu (minha) parceiro (a) durante o sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09) O à-vontade do(a) meu (minha) parceiro (a) em ter orgasmos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) A criatividade sexual do meu (minha) parceiro (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) A diversidade das minhas atividades sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) A frequência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(minha) parceiro (a).					
11) A diversidade das minhas atividades sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) A frequência da minha atividade sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: Elaborado pelo autor Pechorro et al., (2016).

[Submit](#)


[Report Abuse](#)

Powered by JRF Form Builder

© 2019_2019 Sem comentários:

[Página inicial](#)

Subcrever: Mensagens (Atom)



APÊNDICE E: Planejamento da Sessão de Formação de Apresentação do Projeto

Planeamento da Sessão de Educação

Tema: “Sexualidade na Gravidez e no Puerpério”

Fundamentação do Tema:

O período gravídico é marcado por inúmeras modificações na mulher devido a alterações hormonais, aumento do volume corporal decorrente do peso do feto e modificações a nível da imagem corporal, repercutindo na autoestima e na relação sexual (Castro & Dias, 2017).

No estudo de Neto et al., (2015) a autoestima aumentada durante a gravidez surge como um ponto a favor da sexualidade. Já no estudo de Araújo et al., (2011), o aumento do abdómen foi expresso de diversas formas, tanto na vertente positiva como negativa, salientando a diminuição da libido. Pereira et al., (2018) defende que a aceitação corporal é uma das causas associadas a uma diminuição da atividade sexual e a investigação de Rocha et al., (2014) corrobora esta ideia, defendendo que a imagem corporal pode afetar a sexualidade na gravidez. Acrescenta ainda que a estética parece influenciar na performance sexual, podendo a grávida não se sentir tão atraente ou feminina.

O estudo de Holanda et al., (2014) salientam que na fase puerperal, a adaptação às necessidades do recém-nascido e o papel parental podem interferir de forma negativa na intimidade do casal, assim como mudanças na imagem corporal e a figura dessexualizada da mulher, influenciada pelos padrões da sociedade, acrescidos ao medo de dispareunia podem vir a ser bastante angustiantes e limitadoras na vivência prazerosa da sexualidade feminina.

Como tal é considerado que a imagem corporal e a sexualidade estão diretamente relacionadas, sendo de extrema importância as competências que o enfermeiro especialista tem para encaminhar a mulher neste sentido, de forma a viver esta fase de forma saudável e prazerosa.

A escolha da temática surgiu pelo facto de ter sido detetada a existência de vários mitos e dúvidas sobre o assunto neste período de vida da mulher, além de ter sido verificado também que é um tema pouco aprofundado pelo profissional de saúde e ainda um tabu para muitas pessoas, tanto profissionais de saúde como utentes. Fazendo a vida sexual parte da qualidade de vida do ser humano, a imagem corporal e a sexualidade na gravidez é um tema que merece mais atenção, assim como ser abordado perante as grávidas e futuras puérperas.

População alvo/Destinatários: Grávidas e futuras puérperas seleccionadas pelo Centro de Saúde de Portimão

Objetivos da sessão:

Objetivo Geral:

- Perceber como a mulher percebe a imagem corporal e a sexualidade no ciclo gravídico.

Objetivos Específicos:

-Desmistificar mitos e tabus relativamente à sexualidade na gravidez e puerpério;

-Relacionar o desejo sexual com os diferentes trimestres da gravidez;

- Fornecer informações fidedignas acerca dos prós e contras da sexualidade na gravidez e puerpério;

- Promover o bem-estar com o corpo e com a sexualidade durante a fase gravídica.


Duração: 30 a 45 minutos.

Data e hora do evento: 02/10/2018 às 10h.

Local: Gimnodesportivo de Portimão.

Recursos Materiais: Computador, mesa, projetor, bancos e tapetes, tela de projeção.

Recursos humanos: Estudante, supervisora clínica e grávidas.



APÊNDICE F: Sessão de Educação sobre a Sexualidade na Gravidez e Puerpério

MITOS...DÚVIDAS...TABUS..

SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ E PUERPÉRIO

Portimão, 2 de Outubro de 2018

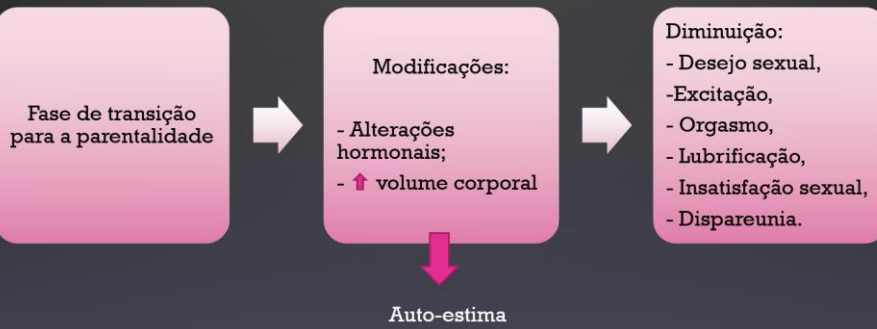
Centro de Saúde de Portimão
UCSP

Aluna: M^ª Inês Ferreira
N^º: 39795

OBJETIVOS

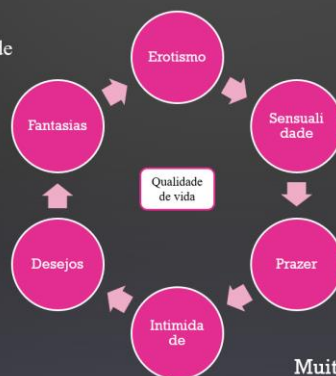
- **GERAL:**
 - - PERCEBER COMO A MULHER PERCECIONA A IMAGEM CORPORAL E A SEXUALIDADE NO CICLO GRAVÍDICO.
- **ESPECÍFICOS:**
 - -DESMISTIFICAR MITOS E TABUS RELATIVAMENTE À SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ E PUERPÉRIO;
 - -RELACIONAR O DESEJO SEXUAL COM OS DIFERENTES TRIMESTRES DA GRAVIDEZ;
 - - FORNECER INFORMAÇÕES FIDEDIGNAS ACERCA DOS PRÓS E CONTRAS DA SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ E PUERPÉRIO;
 - -PROMOVER O BEM-ESTAR COM O CORPO E COM A SEXUALIDADE DURANTE A FASE GRAVÍDICA .

GRAVIDEZ



SEXUALIDADE

~~Sexo~~ = Sexualidade



Muito mais do que reprodução ou coito...

ALTERAÇÕES NO DESEJO SEXUAL

1

- Mudanças físicas e emocionais, desconfortos (náuseas, vômitos, fadiga, ansiedade, etc),
- Medo de abortar ou magoar o feto.

2

-Melhoria do bem estar físico,
-Desmistificação da ideia de magoar o bebê,
-Melhoria da lubrificação e facilidade no ato sexual.

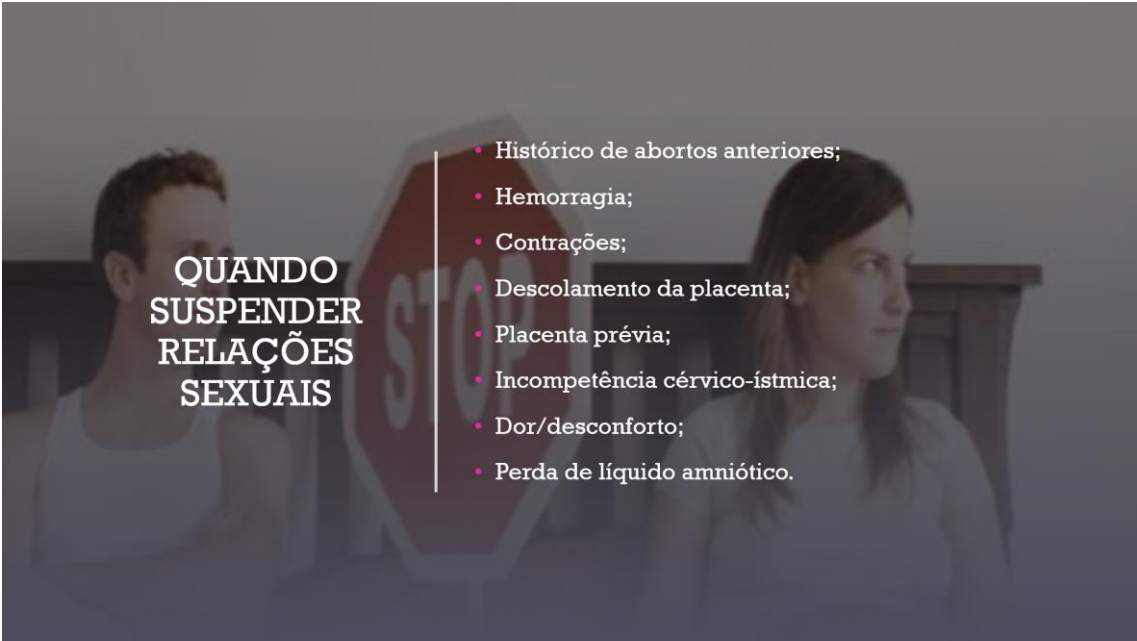
3

-Limitações físicas pelo tamanho e forma do corpo,
- Pressão uterina,
- Dor no ato.

MUDANÇAS DE COMPORTAMENTO SEXUAL

- Posições no coito;
- Substituição do coito pela masturbação e/ou sexo oral;
- Introdução de práticas sexuais gratificantes para ambos.





QUANDO SUSPENDER RELAÇÕES SEXUAIS

- Histórico de abortos anteriores;
- Hemorragia;
- Contrações;
- Descolamento da placenta;
- Placenta prévia;
- Incompetência cérvico-ístmica;
- Dor/desconforto;
- Perda de líquido amniótico.



SEXUALIDADE NO PERÍODO PÓS- PARTO

- **Quando a mulher pode voltar a ter relações sexuais?**
 - De 30 a 40 dias depois do parto.
- A penetração, além de dolorosa, aumenta o risco da mulher desenvolver infeções.

SEXUALIDADE NO PERÍODO PÓS- PARTO

- Para a recuperação, é indispensável fazer exercícios específicos para fortalecer os músculos da vagina.
- Após o parto, os níveis hormonais da mulher ficam mais baixos e isso faz com que a mucosa vaginal fique ressecada e menos lubrificada
 - Utilizar Lubrificante
- A prolactina, hormona que tem a função de estimular a produção de leite, pode inibir a libido da mulher e, por consequência, a lubrificação. Enquanto a mãe estiver a amamentar, o quadro pode-se prolongar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Falar com um profissional de saúde especializado;
- Ter relações sexuais não prejudica o bebé, salvo se contra-indicação;
- Investir na comunicação com o parceiro(a);
- Expressar e comunicar as suas necessidades sexuais e pessoais;
- Investir nos afetos..caricias..elogios..
- Estabelecer uma dinâmica adequada a cada trimestre;
- Procurar soluções e informação acerca do assunto.

BIBLIOGRAFIA

Araújo, M.N., Salim, D. M. R., & Silva, L. C. F. P. (2011). Corpo e sexualidade na gravidez. *Revista Esc Enferm USP*, 46(3): 592-8;

Castro, T., & Dias, S. (2017). Identificação do nível de satisfação sexual de mulheres gestantes. *Revista Ciência & Saberes - Facema*, 3 (3):601-607

Medeiros, M.S., Costa, V. B., & Santos, T. M. M. G. (2013). Sexualidade na gravidez: Vivências de gestantes. *Revista Interdisciplinar Centro Universitário Uninovafapi*. v6,n.4, p.34-43.

Sela, C.F., Kana, D.H., Molina, J.G., Rodríguez, M.M.L., Padilla, J.M.H. (2018). Sexualidade durante todas as fases da gravidez: experiências de gestantes. *Acta paul. enferm.* vol.31 no.3 São Paulo


Vettorazzi, J., Marques, F., Hentschel, H., Ramos, J., Costa, S. and Badalotti, M. (2012). Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. *Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 32(4), pp.473-479.

Holanda, J.B.L., Abuchaim, E.S.V., Coça, K.P., Abranches, A.C.F.V. (2014). Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. *Acta Paul. Enferm.* 27 (6). Pp 573-8

Costa, V.D.M. & Pinto, M.J.C. (2012). Análise prospectiva da resposta sexual feminina na gestação. *Revista Latinoamericana de Medicina Sexual*, 1(1), p.6.



GRATA PELA ATENÇÃO!




APÊNDICE G: Avaliação da Sessão de Educação sobre Sexualidade na Gravidez e Puerpério

Avaliação da sessão de educação nº 1 realizada às Grávidas e futuras puérperas do Centro de Saúde de Portimão

Foi elaborado um pequeno questionário de modo a perceber o sucesso da sessão de educação, pelo que foram realizadas as seguintes questões fechadas (ou seja, apenas com respostas de sim e não):

1. A sessão de educação foi sucinta e esclarecedora;
2. A informação foi bastante útil nesta fase em que me encontro;
3. O tempo da sessão foi apenas o necessário.

Segundo os dados colhidos, na primeira pergunta 90% das grávidas responderam sim, na segunda pergunta 80% responderam que sim e na terceira questão 90% responderam afirmativamente, pelo que se pode concluir que a sessão de educação foi bastante benéfica para as grávidas.



APÊNDICE H: Poster sobre Imagem Corporal e Sexualidade na Gravidez

Imagem Corporal e Sexualidade na Gravidez

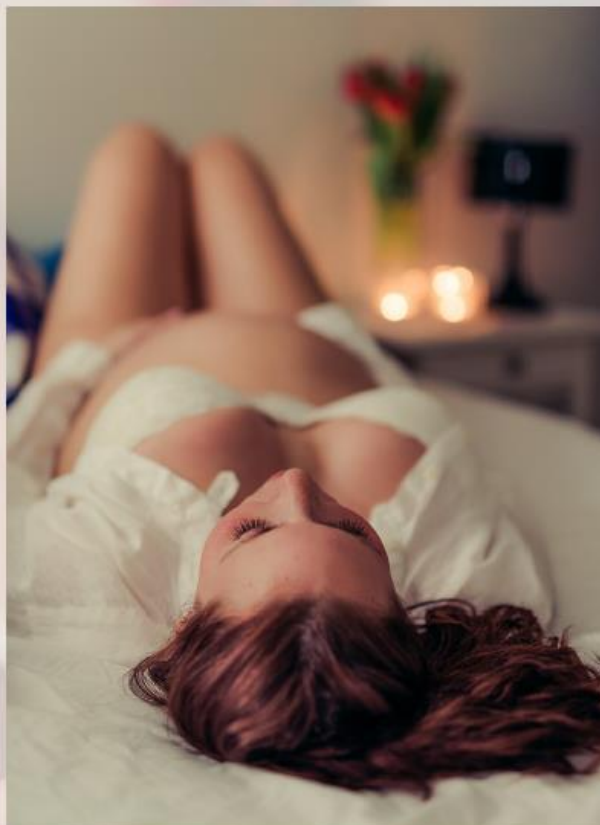
Elaborado pela aluna: Inês Ferreira nº 39795
Docente: Professora Doutora Ana Frias
Curso de Especialização/Mestrado de
Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

Introdução:

São diversos os fatores que podem alterar a sexualidade durante a gravidez, tais como: alterações da perceção da imagem do corpo, diminuição de energia, existência de sintomas e desconfortos fisiológicos, alterações de humor, necessidade de adaptação física, emocional, existencial e sexual (Medeiros et al., 2010). Estas modificações podem provocar, além da perda de autoestima, sentimentos de incapacidade de sedução e adaptação nesta nova fase do ciclo de vida da mulher, acrescentando dificuldades na sexualidade do casal (Coelho, M., 2016).

Metodologia:

Foi constituída uma amostra aleatória de 100 grávidas e puérperas que receberam atendimento pré e pós-natal nos diferentes locais de estágio e que se dispuseram a preencher o questionário físico ou blogue que foi criado com o questionário. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, no qual foi feita a aplicação de duas escalas: (NSSS-S) Nova Escala de Satisfação Sexual e da Escala (ABS) - A atenção às formas do corpo. O tratamento e análise dos dados, foi realizado com o Software IBM® SPSS®, versão 24.



Mulheres dentro da faixa etária entre os 20 e os 34 anos, são as que estão mais satisfeitas com a qualidade dos seus orgasmos.

As mulheres que se encontram no terceiro trimestre são as que se encontram mais satisfeitas com o funcionamento sexual do seu corpo.

Resultados



As mulheres que dão mais atenção às formas do seu corpo são as que têm mais atividade sexual

As mulheres que estão sempre a tentar melhorar as formas do seu corpo são as que têm maior diversidade nas suas atividades sexuais

Discussão:

Segundo Rocha et al., (2014), um fator que influencia na atividade sexual da mulher é a sua estética, ou seja, a grávida pode não se sentir atraente, o que pode baixar a sua auto-estima comprometendo a vida sexual, o que vai corroborar os resultados do estudo, já que as mulheres que se preocupam mais com o seu corpo são as que têm uma vida sexual mais ativa e prazerosa. Já as mulheres que se preocupam menos, têm resultados menos positivos. Porém, no estudo de Costa & Pinto, (2012), consta que o desejo sexual diminui no 1º e no 3º trimestre, ao contrário do que foi observado.


Considerações finais:

Considera-se que a imagem corporal e a sexualidade durante o período gravídico são vivenciadas por cada mulher de forma diferente, sendo de extrema importância um bom aconselhamento a este nível com profissionais especialistas na área, de forma a vivenciar esta fase da forma mais saudável e prazerosa.

Aproveite as Consultas de Vigilância Pré-Natal para se esclarecer com a sua Enfermeira de Saúde Materna e Obstétrica



Referências bibliográficas: Coelho, M.J.F. (2016). O Enfermeiro Especialista na promoção da sexualidade na gravidez. Lisboa: Costa, V.D.M.G; Pinto, M.J.C. (2012). Análise prospectiva da resposta sexual feminina na gestação. Revista Latinoamericana de Medicina Sexual. 10(1), p.6. Medeiros, M.S., Costa, V.B. & Santos, T.M.M. G. (2013). Sexualidade na gravidez: Vivências de gestantes. Revista Interdisciplinar Centro Universitário Uninovafapi. v6 n.4, p.34-43. Rocha, M.G.F., Vieira, J.L.B., Nascimento, E.G.C., Chiere, J.C. (2014). Viver a sexualidade feminina no ciclo gravídico. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 18(3), pp.209-218.



APÊNDICE I: Certificado de frequência de formação profissional Curso Prático de Ginecologia para Medicina Geral e Familiar

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Centro de Formação, Investigação e Conhecimento
Pessoa Coletiva n.º 510 745 997

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009



Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que:

Maria Inês Martins e Melo Ferreira

Participou no "**Curso Prático de Ginecologia para Medicina Geral e Familiar**", que decorreu no Teatro Municipal de Portimão nos dias 15 e 16 de novembro de 2018, com a duração total de 16 horas.

Portimão, 27 de novembro de 2018.

Fernando Guerreiro

Diretor Departamento
Ginecologia/Obstetrícia
e Reprodução Humana

Nuno Bernardino Vieira

Coordenador do CFIC

Entidade Reguladora



Sede
Rua Leão Pinheiro, 8000-386, Faro
Tel. 289 89 11 47 - ext. 11 529
centroformacao@ch.algarve-nhs.saude.pt

Baseado no modelo publicado na
Portaria n.º 474/2010

CHUALG_CFIC_02_CERT_2017