



**Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Materna e Obstetrícia**  
Dissertação

**Qualidade do Aconselhamento Contracetivo Realizado  
por Enfermeiros**

**Sara Edite Figueiroa Adegas de Sousa**

---

**Lisboa  
2023**



**Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Materna e Obstetrícia**  
Dissertação

**Qualidade do Aconselhamento Contracetivo Realizado  
por Enfermeiros**

**Sara Edite Figueiroa Adegas de Sousa**

Orientador: Professora Doutora Maria Helena Presado

---

**Lisboa  
2023**

## **AGRADECIMENTOS**

À professora Doutora Helena Presado, pelo desafio lançado, pela confiança, orientação e amizade em todo este percurso.

Aos colegas do meu ACES, pelo apoio e colaboração no estudo.

Ao meu marido Miguel e aos meus filhos, Beatriz e Ricardo, pelo apoio constante, escuta e motivação.

A todos aqueles que direta ou indiretamente tornaram este estudo possível, o meu sincero obrigado.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**AC** - Aconselhamento contraceutivo

**ACES** - Agrupamento de Centros de Saúde

**ACOG** - *American College of Obstetricians and Gynecologists*

**APA** - *American Psychological Association*

**ARSLVT** - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

**CCS** - Conselho Clínico e de Saúde

**DGS** - Direção Geral de Saúde

**DIU** - Dispositivo intrauterino

**DP** - Desvio padrão

**ESEL** - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**IST** - Infecções Sexualmente Transmissíveis

**IVG** - Interrupção Voluntária de Gravidez

**LARC** - *Long Acting Reversible Contraception*

**M** - Média

**MU** - Média populacional

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**P** - Participante

**PF** - Planeamento Familiar

**QR Code** - *Quick Response Code*

**SMO** - Saúde Materna e Obstétrica

**SNS** - Serviço Nacional de Saúde

**SPSS** - *Statistical Package for Social Science*

**UE** - Unidade de enumeração

**USF** - Unidade Saúde Familiar

## RESUMO

A análise às características populacionais relacionadas com a contraceção e gravidez indesejada, expõe a problemática relativa ao aconselhamento contracetivo realizado às mulheres, numa instituição dos cuidados de saúde primários, na região da grande Lisboa, Portugal, onde foi desenvolvido o estudo.

Assim, pretendemos responder à questão: Qual a qualidade do aconselhamento contracetivo realizado pelos enfermeiros obstetras?

Delineamos objetivos e o desenho do estudo.

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e misto. Na abordagem quantitativa foram estudadas 100 mulheres que receberam aconselhamento contracetivo com enfermeiros obstetras e na abordagem qualitativa foi realizado um grupo focal com 7 enfermeiros obstetras.

Os resultados obtidos dizem-nos que as mulheres tiveram a perceção que receberam aconselhamento contracetivo de qualidade. No entanto, mulheres com mais escolaridade e mais velhas, têm menos perceção de terem recebido aconselhamento contracetivo de qualidade, do que as restantes. As mulheres portuguesas têm uma perceção maior de qualidade do aconselhamento contracetivo recebido. Na dimensão do Relacionamento Interpessoal, mulheres com mais gravidezes e mais abortos espontâneos, têm uma perceção inferior de qualidade do aconselhamento contracetivo recebido.

O enfermeiro obstetra tem um contributo importante para a tomada de decisão da mulher. A cultura e a religião da mulher são os fatores que mais interferem na tomada de decisão. O preconceito e a coação poderão ser um fator importante na qualidade do aconselhamento contracetivo realizado pelos enfermeiros obstetras. A formação em aconselhamento contracetivo é valorizada pelos enfermeiros obstetras, embora não na componente relacional.

Em conclusão, o aconselhamento contracetivo pode sofrer influência da demografia, da cultura e religião da população. O preconceito e a coação poderão estar presentes no aconselhamento contracetivo. A importância da formação abrange não só

a componente técnico-científica da contraceção, mas também a componente relacional, social e psicológica do aconselhamento contracetivo.

Palavras-chave: aconselhamento contracetivo, enfermeiros obstetras, idade fértil, qualidade do aconselhamento, planeamento familiar

## **ABSTRAC**

*The analysis of population characteristics related to contraception and unwanted pregnancy exposes the problem regarding contraceptive counseling provided to women, in a primary health care institution, in the Lisbon region, Portugal, where the study was developed.*

*Therefore, we intend to answer the question: What is the quality of contraceptive counseling provided by midwives?*

*We defined objectives and study design.*

*This is a cross-sectional, descriptive and mixed study. In the quantitative approach, 100 women who received contraceptive advice from obstetric nurses were studied and in the qualitative approach, a focus group was carried out with 7 obstetric nurses.*

*The results obtained tell us that women perceived that they received quality contraceptive advice. However, more educated and older women have less perception of having received quality contraceptive advice than the rest. Portuguese women have a higher perception of the quality of the contraceptive advice they receive. In the dimension of Interpersonal Relationships, women with more pregnancies and more spontaneous abortions have a lower perception of the quality of the contraceptive advice received.*

*The midwife has an important contribution to the woman's decision-making. Women's culture and religion are the factors that most interfere in decision-making. Prejudice and coercion may be an important factor in the quality of contraceptive advice provided by midwives. Training in contraceptive counseling is valued by midwives, although not in the relational component.*

*In conclusion, contraceptive advice may be influenced by the demographics, culture and religion of the population. Prejudice and coercion may be present in contraceptive advice. The importance of training covers not only the technical-scientific component of contraception, but also the relational, social and psychological component of contraceptive counseling.*

*Keywords: contraceptive counseling, obstetric nurses, childbearing age, quality of counseling, family planning*

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO.....	13
1.1 Qualidade do Aconselhamento Contracetivo.....	13
1.2. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, no aconselhamento contracetivo realizado por enfermeiros obstetras.....	24
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	28
2.1. Desenho do estudo.....	28
2.2. Estudo A - Abordagem Quantitativa.....	31
2.3. Estudo B - Abordagem Qualitativa.....	33
2.4. Considerações éticas.....	35
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	38
3.1. Estudo A - Abordagem Quantitativa.....	38
3.2. Estudo B - Abordagem Qualitativa.....	47
3.2.1 Caracterização das participantes.....	48
3.2.2 Contexto do aconselhamento contracetivo.....	49
3.2.3 Tomada de decisão contracetiva.....	51
3.2.4 Formação dos profissionais.....	57
4. CONCLUSÃO.....	61
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

## ANEXOS

ANEXO I - Escala Quality of Contraceptive Counseling - versão portuguesa

ANEXO II - Autorização da Comissão de Ética da Instituição

## APÊNDICES

APÊNDICE I - Formulário online

APÊNDICE II - QR Code

APÊNDICE III - Guião de Entrevista de Grupo

APÊNDICE IV - Consentimento Informado para utentes

APÊNDICE V - Consentimento Informado para Enfermeiros

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição das participantes em relação à idade.....	39
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição das participantes em relação à escolaridade.....	39
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição das participantes em relação à nacionalidade.....	39
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição das participantes em relação ao nº de gravidezes.....	40
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição das participantes em relação ao nº de partos.....	40
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição das participantes em relação ao nº de abortos espontâneos.....	41
<b>Gráfico 7</b> - Distribuição das participantes em relação ao nº de IVG.....	41
<b>Gráfico 8</b> - Percepção da qualidade do aconselhamento contraceptivo, por dimensões e por escolaridade.....	43
<b>Gráfico 9</b> - Percepção da qualidade do aconselhamento contraceptivo, por dimensões e por nacionalidade.....	44
<b>Gráfico 10</b> - Sexo dos participantes.....	48
<b>Gráfico 11</b> - Formação adicional em contraceção e/ou aconselhamento contraceptivo.....	48
<b>Gráfico 12</b> - Média de idades, anos de experiência profissional, como enfermeira obstetra e em consulta de planeamento familiar.....	49
<b>Gráfico 13</b> - Diferentes momentos do aconselhamento contraceptivo.....	50
<b>Gráfico 14</b> - Contributo da enfermeira obstetra para a tomada de decisão contraceptiva.....	52
<b>Gráfico 15</b> - Fatores que interferem na tomada de decisão da mulher.....	54
<b>Gráfico 16</b> - Preconceitos sobre a decisão da mulher.....	55
<b>Gráfico 17</b> - Importância da formação em aconselhamento contraceptivo .....	58
<b>Gráfico 18</b> - Necessidade de formação em aconselhamento contraceptivo .....	59

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	26
--	----

## **ÍNDICE DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> - Categorias e Subcategorias do Aconselhamento Contracetivo.....	48
<b>Quadro 2</b> - Contexto do aconselhamento contracetivo.....	49
<b>Quadro 3</b> - Tomada de decisão contracetiva.....	51
<b>Quadro 4</b> - Formação dos profissionais.....	57

## **ÍNDICE DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> – Consistência interna.....	42
<b>Tabela 2</b> – Dimensões da Qualidade do Aconselhamento Contracetivo.....	42
<b>Tabela 3</b> – Percepção da qualidade do aconselhamento contracetivo, por dimensões e por escolaridade.....	44
<b>Tabela 4</b> – Percepção da qualidade do aconselhamento contracetivo, por dimensões e por nº de gravidezes, partos, abortos espontâneos e interrupções voluntárias de gravidez.....	46

## INTRODUÇÃO

A presente dissertação insere-se na unidade curricular de Dissertação de Natureza Científica, do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Pretende-se estudar a qualidade do aconselhamento contraceutivo realizado por enfermeiros obstetras a uma população de mulheres em idade fértil, utentes de um Agrupamento de Centros de Saúde da região de Lisboa.

As necessidades não satisfeitas de planeamento familiar, ameaçam a vida e o bem-estar das mulheres e suas famílias em todo o mundo. Num documento publicado pelas Nações Unidas (2022), constata-se que, no anos de 2022, a proporção de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm as suas necessidades de planeamento familiar satisfeitas, com métodos modernos é de 77,5% a nível mundial, um aumento de 10 pontos percentuais desde 1990 (67%). As razões para este valor não ser mais elevado e o seu lento aumento, incluem a escolha limitada de métodos; acesso limitado aos serviços, especialmente entre os jovens, os mais pobres e os solteiros; medo ou experiência de efeitos colaterais; oposição cultural ou religiosa; má qualidade dos serviços disponíveis; preconceito de utentes e profissionais contra alguns métodos e barreiras baseadas no género, no acesso aos serviços (Nações Unidas, 2022).

De acordo com os dados da PORDATA (2022), em 2021 realizaram-se 12.159 interrupções voluntárias de gravidez em Portugal, números com tendência decrescente, no entanto ainda bastante significativos. No Relatório de Análise Preliminar dos Registos das Interrupções da Gravidez 2018-2021, da DGS (2022), 61,31% das interrupções voluntárias de gravidez (IVG) tiveram lugar em instituições da região de Lisboa e Vale do Tejo. As características sociodemográficas das mulheres que realizam IVG por opção não têm variado significativamente. O grupo etário que realizou maior número absoluto de IVG e onde se registou também maior incidência continua a ser o dos 20-24 anos de idade, logo seguido dos 25-29 anos, mantendo-se a tendência decrescente no número de IVG realizadas por adolescentes. Após IVG verifica-se um aumento de recurso a métodos contraceptivos mais eficazes e efetivos, traduzido por um aumento de utilização de métodos de longa duração (dispositivos/sistemas intrauterinos e implante) e uma

tendência de redução na percentagem de utilizadoras de métodos de contraceção hormonal oral. A legislação portuguesa privilegia o acesso universal às consultas de planeamento familiar e a distribuição gratuita de métodos contraceptivos no Serviço Nacional de Saúde (SNS). O acesso de homens e mulheres à contraceção permite reduzir o número de gravidezes indesejadas.

De acordo com Dehlendorf, (2014), melhorar a qualidade do aconselhamento contraceptivo é uma estratégia para prevenir a gravidez indesejada. Há aspetos da comunicação relacional e orientada para a tarefa nos cuidados de planeamento familiar que podem ajudar os profissionais a corresponder às necessidades das mulheres. As abordagens para otimizar as experiências das mulheres no aconselhamento contraceptivo incluem desenvolver um relacionamento próximo e de confiança com as mesmas e usar uma abordagem de tomada de decisão compartilhada que se concentra em obter e corresponder às preferências da mulher. Fornecer aconselhamento sobre os efeitos colaterais e usar estratégias para promover a continuação e adesão ao contraceptivo também pode ajudar a otimizar o seu uso pelas mulheres.

As atividades de Planeamento Familiar são, uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados em saúde reprodutiva e nessa perspetiva, a consulta de Planeamento Familiar deve assegurar, também, outras atividades de promoção da saúde tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das infeções sexualmente transmissíveis (IST), do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas (DGS, 2008).

Em 2022, no ACES em estudo, existiam 42830 mulheres inscritas, dos 15 aos 49 anos. Destas, 843 mulheres foram encaminhadas para uma IVG e 44 solicitaram contraceção de emergência (CCS do ACES, 2022).

A pertinência do presente estudo advém da análise do contexto populacional, no que se refere ao planeamento familiar e à gravidez não planeada, no panorama internacional, nacional e local, nomeadamente na área de influência em que se insere a instituição onde foi desenvolvido. É importante avaliar a qualidade do aconselhamento contraceptivo prestado às utentes, assim como as necessidades dos enfermeiros obstetras, no que respeita à sua motivação, competência e conhecimentos sobre

aconselhamento contraceutivo, de forma a definir estratégias de melhoria e otimização dos cuidados prestados.

Coloca-se a seguinte questão, qual a qualidade do aconselhamento contraceutivo realizado pelos enfermeiros obstetras?

Definimos como objetivo geral deste estudo - conhecer a qualidade do aconselhamento contraceutivo realizado por enfermeiros obstetras.

Definimos como objetivos específicos:

- Analisar a qualidade do aconselhamento contraceutivo, percecionado pelas utentes;
- Identificar fatores influenciadores da qualidade do aconselhamento contraceutivo;
- Identificar as necessidades formativas dos enfermeiros obstetras.

Foi desenhado um estudo descritivo, transversal e misto, com uma abordagem quantitativa e uma abordagem qualitativa. A abordagem quantitativa está presente na avaliação da perceção da qualidade do aconselhamento contraceutivo recebido pelas utentes frequentadoras das consultas de enfermagem de planeamento familiar, com enfermeiros obstetras, através da aplicação da escala *Quality of Contraceptive Counseling* - versão portuguesa (Palma, Presado & Ayres-de-Campos, 2021). A abordagem qualitativa está presente no estudo das atitudes, preferências, necessidades e sentimentos dos enfermeiros obstetras envolvidos no aconselhamento contraceutivo prestado às utentes da instituição, com a realização de um grupo focal e respetiva análise de conteúdo.

Este documento encontra-se estruturado com uma primeira parte em que será apresentado o enquadramento conceptual, clarificando conceitos, apresentando uma revisão da literatura sobre a temática em questão e abordando a temática sob o prisma de um modelo teórico de enfermagem. Na segunda parte, serão apresentados os procedimentos metodológicos, nomeadamente, a divisão do presente estudo misto numa abordagem quantitativa e numa abordagem qualitativa, assim como as considerações éticas. Finalmente, na terceira parte, será apresentada a análise dos resultados assim como a sua discussão, limitações do estudo, implicações para a prática e conclusões.

No desenvolvimento do presente estudo, em vez da designação de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, foi adotada a designação de enfermeiro obstetra por ser este o termo encontrado nos descritores de saúde.

Na sua elaboração foram utilizadas as normas da 7ª edição da APA.

## 1. ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO

Ao estudar o aconselhamento contraceutivo no âmbito da prática do enfermeiro obstetra, vários conceitos tiveram de ser aprofundados para a compreensão da problemática. Segundo Vilelas (2017), ao examinarmos o problema, será conveniente e imprescindível clarificar os conceitos a empregar, elaborar definições, delimitar significados, precisar noções vagas ou confusas.

Importa portanto estudar a sua qualidade, pois só desta forma se assegura que o aconselhamento contraceutivo, efetivamente, traz ganhos em saúde para a população.

### 1.1 Qualidade do Aconselhamento Contraceutivo

Foram vários os estudos encontrados que abordam a qualidade do aconselhamento contraceutivo.

Bonato (2011) diz que o termo qualidade é utilizado por diversos especialistas, sob diferentes perspetivas, tendo como ponto comum identificar focos que promovam o seu desenvolvimento na gestão institucional. A busca de um conceito único torna-se algo difícil, especialmente na área da saúde. À medida que a gestão da qualidade em saúde se organiza, é evidente o benefício que gera ao cliente, quer seja no setor público, quer no privado. Instituições mais preparadas, com processos mais estruturados, irão certamente assegurar, a esses clientes, garantias de melhor assistência e, portanto, um restabelecimento de saúde com práticas mais definidas e disseminadas na instituição, pois implica também preparar os profissionais, por meio de capacitação e desenvolvimento contínuos, humanização no tratamento com usuários, competência técnica e prazer em fazer parte da equipe que integra.

A Ordem dos Enfermeiros definiu padrões de qualidade para a prestação de cuidados de enfermagem. De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2021) e no que respeita à organização dos cuidados de enfermagem, a Ordem defende que a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade e a satisfação dos enfermeiros obstetras face à qualidade do exercício profissional, são decisivos para uma prestação de cuidados de qualidade. Esta defende que o conhecimento está em contínuo desenvolvimento, entendendo-se que as

competências acompanham esta evolução; por isso, os Padrões de Qualidade definidos constituem um ponto de partida para a construção e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados em enfermagem de SMO, devendo ser sistematicamente aperfeiçoados. Cada enfermeiro obstetra *per si* constitui uma peça chave do sistema de qualidade. De facto, o enfermeiro obstetra possui as ferramentas – os conhecimentos, as competências e a capacidade de inovação – essenciais para que a qualidade dos cuidados seja uma realidade e para que os cuidados prestados sejam, efetivamente, significativos.

Os enfermeiros obstetras são fundamentais na educação em saúde. De acordo com a OMS (2021) educação em saúde é qualquer combinação de experiências de aprendizagem designadas para ajudar indivíduos e comunidades a melhorar a sua saúde, aumentando conhecimento, influenciando a motivação e melhorando a literacia em saúde.

A Sociedade Portuguesa de Contraceção (2020), refere que o aconselhamento é fundamental para garantir a efetividade de um contraceptivo. As utentes devem ser informadas corretamente e de forma clara sobre os métodos de contraceção disponíveis, promovendo o profissional de saúde condições para uma opção individual e livre considerando a situação ou condição médica, as necessidades e as expectativas. Os profissionais de saúde que trabalham na área da saúde sexual e reprodutiva devem estar atualizados e informar sistematicamente sobre: uso correto, eficácia, possíveis efeitos adversos, riscos, benefícios não contraceptivos, atitude a tomar em caso falha de utilização ou utilização simultânea de outros medicamentos. Deve ser incluída no aconselhamento a informação sobre contraceção de emergência reforçando-se a sua segurança, acessibilidade e conduta posterior.

Em fevereiro de 2022, a ACOG emitiu um parecer, dizendo que a contraceção pode ser uma parte fundamental da saúde e do bem-estar de um indivíduo. Portanto, o aconselhamento contraceptivo é uma interação importante entre mulheres e ginecologistas-obstetras e outros profissionais de saúde. O aconselhamento é uma oportunidade de conhecer os valores, preferências e percepções de um indivíduo sobre o que é mais importante para si, pois diz respeito à contraceção. No entanto, o aconselhamento contraceptivo pode estar sujeito a influências indevidas, tais como os

preconceitos pessoais (implícitos ou explícitos) do profissional, pressão ou coação do profissional, ou mesmo a ideologia da instituição na qual o paciente tem acesso à contraceção. A abordagem intencional de cuidados reprodutivos justos e centrados no paciente, assim como a utilização de um modelo de tomada de decisão partilhada é o recomendado para fornecer apoio, aconselhamento e cuidados contraceptivos para ajudar as mulheres a atingir seus objetivos reprodutivos.

Segundo Dehlendorf (2016), a comunicação em saúde é um aspecto central da prestação de cuidados centrados no paciente. De forma a corresponder aos valores e preferências do paciente durante o aconselhamento contraceptivo, os profissionais devem ter as competências de relacionamento interpessoal necessárias para desenvolver uma relação terapêutica mutuamente respeitosa. Essas interações também exigem a capacidade de fornecer educação e aconselhamento que integre as preferências do paciente respeitando a evidência científica. Nos cuidados de saúde reprodutivos em geral, e nos cuidados de planeamento familiar e aconselhamento contraceptivo especificamente, a comunicação em saúde centrada no paciente é de particular importância devido à natureza profundamente pessoal e íntima das decisões relacionadas com a reprodução e prevenção da gravidez.

O direito fundamental do acesso a cuidados de saúde reprodutivos é defendido a nível internacional e nacional. Em setembro de 2015, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Definiu, na sua meta 3: Boa Saúde e Bem-estar até 2030, garantir o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planeamento familiar, informação e educação, e a integração da saúde reprodutiva nas estratégias e programas nacionais.

A Associação para o Planeamento da Família refere, na sua página, que o Planeamento Familiar representa uma componente fundamental na prestação de cuidados em Saúde Sexual e Reprodutiva. A decisão de ter ou não filhos, assim como a escolha do momento para ter filhos, é um direito que assiste a todos os indivíduos e famílias.

O direito ao planeamento familiar está baseado internacionalmente nos Direitos Humanos que encontram expressão nas declarações políticas e planos de ação

internacionais, tais como a Declaração de Viena sobre os Direitos Humanos (1993), os denominados Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (2000), entre outros.

A Lei nº 3/84 de 24 de março, da Assembleia da República, defende que compete ao Estado, para proteção da família, promover, pelos meios necessários, a divulgação dos métodos de planeamento familiar e assegurar e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes. As consultas sobre planeamento familiar e os meios contraceptivos proporcionados por entidades públicas são gratuitos. As informações e os conselhos prestados devem ser objetivos e baseados exclusivamente em dados científicos. Só pode ser recusada pelos serviços de planeamento familiar a utilização de um determinado método de contraceção com base em razões de ordem médica devidamente fundamentadas. Os Centros de Saúde devem garantir consultas de PF e dispor de equipas multiprofissionais para o esclarecimento de dúvidas e questões no domínio da saúde sexual e reprodutiva.

As equipas multiprofissionais, nos cuidados de saúde primários, incluem enfermeiros de cuidados gerais ou com especialidade, nomeadamente, enfermeiros obstetras. Os enfermeiros sem esta especialidade possuem competências no âmbito do aconselhamento contraceptivo, equiparadas às competências de cuidados gerais.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2012) o enfermeiro de cuidados gerais, no âmbito da educação para a saúde, dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde.

Em relação aos enfermeiros obstetras, para além de integrarem todas as competências dos enfermeiros de cuidados gerais, possuem, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019), competências próprias, específicas da prestação de cuidados especializados em saúde materna e obstétrica, nomeadamente, promover a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual e do planeamento familiar; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.

Alguns estudos debruçaram-se sobre a qualidade do aconselhamento contraceptivo, em vários locais do mundo.

Em Portugal, Palma et al (2021) validou a escala *Quality of Contraceptive Counseling* para a população portuguesa. A versão modificada, com três dimensões e 15 itens, apresenta valores de ajustamento bons [ $\chi^2(87) = 174,756$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 172$ ;  $\chi^2/df = 1,698$ ; CFI = 0,959; TLI = 0,951; RMSEA = 0,064,  $P [rmsea \leq 0,05] > 0,10$ ] o que significa que é um instrumento sensível, fiável e válido podendo ser utilizado tanto na prática de cuidados como na investigação. Os mesmos autores (2021) também realizaram uma revisão da literatura com a questão de investigação “Qual o impacto do aconselhamento contraceutivo, realizado às mulheres em processo de IVG, na escolha do método?”. Foram elegíveis onze, publicados em inglês entre 2014 e 2020 em diferentes contextos clínicos. As evidências mostram que: é após a IVG que a maioria das mulheres escolhe um contraceutivo; a adesão está relacionada com a qualidade das informações transmitidas; o aconselhamento contraceutivo deve responder às necessidades das mulheres submetidas à IVG e para fornecer aconselhamento contraceutivo de qualidade é essencial treinar os profissionais. Conclui que o aconselhamento contraceutivo de qualidade, como parte integrante do processo de IVG, aliado à acessibilidade e gratuidade de contraceutivos, favorece a escolha e a adesão aos mesmos.

O estudo de Jain et al (2019) valida duas escalas de qualidade do aconselhamento contraceutivo e testa a sua validade preditiva relacionada com a continuidade do mesmo. Foram estudadas mulheres de 15 a 49 anos, de dois estados da Índia, em utentes que iniciaram um contraceutivo. Poucas mulheres relataram que o profissional questionou dados pessoais para a melhor seleção do método. Apenas 37% receberam informações sobre métodos que protegem contra IST. Cerca de 86% das mulheres foram informadas sobre como usar o método e 79% como o método escolhido funciona, mas menos de metade foi informada sobre os efeitos secundários (47%), como geri-los (42%) ou sinais de alerta do método (efeitos adversos graves) (37%) e 67% das mulheres foram informadas sobre a sua próxima visita. O estudo conclui que a aplicação das escalas poderá ser um instrumento importante na melhoria da qualidade do aconselhamento contraceutivo.

Dehlendorf (2017), estudou a correlação entre a perceção da utente sobre a tomada de decisão partilhada e a preferência de um método contraceutivo pelo profissional de saúde, assim como a sua satisfação com os cuidados recebidos. As

mulheres que perceberam uma tomada de decisão partilhada, tinham maior probabilidade de ficarem satisfeitas com o aconselhamento e com o método escolhido do que aquelas que perceberam uma decisão orientada pelo profissional. As mulheres que sentiram que o profissional tinha uma preferência de método, tinham menos probabilidade de ficarem satisfeitas com o mesmo.

Um estudo patrocinado pelo *Centers for Disease Control and Prevention*, realizado por Pazol (2017), cuja população foi extraída do *The National Survey of Family Growth*, com representatividade da população dos Estados Unidos da América, estudou mulheres e homens de 15 a 44 anos que receberam cuidados preventivos de saúde sexual e reprodutiva. O estudo visava avaliar a prática das recomendações do CDC - *Providing Quality Family Planning Services: Recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs (QFP)* de 2014. Muitos dos cuidados de saúde preventiva recomendados no QFP não foram recebidos por todas as mulheres e homens em idade reprodutiva. 46,5% das mulheres receberam aconselhamento contraceptivo no ano anterior e 4,5% dos homens que tiveram relações sexuais vaginais no ano anterior. Em relação ao risco de IST, 45,3% das mulheres foram testadas para clamídia e 32,5% dos homens foram testados neste ano. A testagem foi superior em homens e mulheres de raça negra. Os cuidados de saúde preventivos recomendados no QFP aumentaram de forma consistente nas famílias com maiores rendimentos ou acesso a seguro de saúde. As descobertas deste relatório podem ajudar a identificar subpopulações que não estão a receber os serviços recomendados e podem fornecer informações para a tomada de decisões sobre alocação de recursos. Também podem orientar pesquisas futuras para identificar fatores que promovem ou servem como barreiras ao uso de serviços e maneiras de aumentar o uso de serviços de saúde preventiva e melhorar os resultados de saúde reprodutiva. A monitorização do progresso na adoção dos padrões para a prestação de serviços de qualidade recomendados no QFP é uma ferramenta importante para melhorar o atendimento a mulheres e homens em idade reprodutiva.

O desenvolvimento de um estudo sobre as características associadas ao preconceito médico no aconselhamento contraceptivo, realizado por DiCenzo (2023), nos Estados Unidos da América, concluiu que o aconselhamento contraceptivo realizado por obstetras, diferiu com base na raça e nas características socioeconómicas da mulher. O

aconselhamento também diferiu com base na raça, nível de treino e localização geográfica do médico que fez a consulta. Os resultados sugerem que o preconceito médico influencia o aconselhamento contraceutivo. Os ginecologistas obstetras devem receber formação sobre a coação contracetiva e a tomada de decisão centrada no paciente, para que possam fornecer aconselhamento de alta qualidade a todas as mulheres.

Kilander (2022), realizou um estudo que se debruçou sobre puérperas imigrantes, em três clínicas de saúde materna em Estocolmo, Suécia, no que se refere à escolha do método contraceutivo das mulheres, na consulta de pós-parto. Recorreu à aplicação da metodologia "*Quality Improvement Collaboration*" com registo sistematizado de resultados e retorno aos profissionais. Com esta metodologia, os resultados revelaram que a proporção de mulheres que escolhem um método contraceutivo mais eficaz no pós-parto aumentou de 36 para 51%; as mulheres imigrantes escolhem métodos contraceutivos menos eficazes, como coito interrompido e preservativos; as parteiras expressaram a necessidade de melhores ferramentas para aconselhar mulheres não fluentes em sueco; as parteiras referiram maior motivação para o aconselhamento duplo, pré natal e pós parto, educação dos companheiros e empoderamento da mulher na sua escolha. Referiram também aumento da sua oferta pela implementação de LARC.

Tumlinson (2015) defende que a proatividade do profissional a questionar sobre as preferências de métodos contraceutivos, o aconselhamento na seleção do método, o fornecimento de informações sobre os efeitos colaterais e o tratamento cortês das mulheres, foram associados positivamente ao uso de contraceutivos. A associação era muitas vezes mais forte entre as mulheres mais jovens e menos instruídas. O estudo foi desenvolvido para avaliar a qualidade dos cuidados e uso de contraceutivos nas zonas urbanas do Quênia.

HLongwa (2021) estudou o conhecimento e perceções dos profissionais de saúde sobre o uso de contraceutivos. Mais de um terço (37,1%) dos profissionais de saúde não sabiam se os contraceutivos modernos tornam as utilizadoras mais suscetíveis de ter vários parceiros sexuais, enquanto mais da metade (57%) tinham atitudes negativas em relação aos adolescentes que exploram métodos contraceutivos. Os profissionais de

saúde referiram que as más condições de trabalho, longas filas e falta de stock de contraceptivos, são impedimentos para o fornecimento de aconselhamento do comportamento sexual de qualidade e aconselhamento contraceptivo às utentes. O estudo conclui que sistemas de saúde precários e comportamentos negativos por parte dos profissionais de saúde influenciam a prestação de serviços de planeamento familiar em clínicas de saúde e servem como barreiras para serviços de planeamento familiar de qualidade prestados a mulheres mais jovens.

Um estudo desenvolvido por Brandi (2017), que relata as experiências das mulheres sobre a coação contraceptiva por parte dos profissionais de saúde no momento do aborto, utilizou o Modelo Comportamental Integrado e a Escala de Autonomia Reprodutiva para elaborar um guião de entrevista semiestruturada. Os resultados revelaram que alguns participantes (42%) relataram sentir-se “pressionados” a escolher alguma forma de contraceção. Um subconjunto de participantes (26%) afirmou que os profissionais pareciam preferir métodos LARC ou estavam a “forçar” um método específico. Vários participantes sentiram pressão para escolher qualquer método devido à preferência dos profissionais em evitar abortos repetidos. Por outro lado, os participantes a quem foi oferecida uma variedade de métodos e que tiveram tempo para decidir, demonstraram mais autonomia reprodutiva. O estudo conclui que quase metade dos participantes percecionou uma forma de coação em torno do aconselhamento contraceptivo. Coação manifestada na preferência do profissional por métodos específicos ou no início imediato de um método. O estigma do aborto pode mediar interações potencialmente coercivas entre mulheres e profissionais de saúde. Oferecer vários métodos contraceptivos e oportunidades para decisão estimulou a autonomia e a satisfação.

Biggs (2020) realizou um estudo sobre as abordagens dos médicos dos centros de saúde no aconselhamento a jovens, sobre o DIU, no que se refere à linha ténue entre informar e coagir. Compreender como os médicos aconselham sobre o DIU nos centros de saúde, incluindo se abordam ou ignoram as preferências e preocupações dos jovens durante o aconselhamento, poderia melhorar o aconselhamento contraceptivo. A maioria dos médicos ofereceu aconselhamento contraceptivo abrangente e escolha do método. Embora vários médicos encarassem o aconselhamento como uma oportunidade para

capacitar as jovens de forma a tomarem decisões contraceptivas sem pressão, também descreveram uma tensão entre orientar para métodos de maior eficácia e respeitar as escolhas das jovens mulheres. Muitos médicos envolveram-se no que poderiam ser consideradas práticas coercivas, tentando dissuadir de remoções no prazo de um ano após a colocação e oferecendo-se para tratar ou minimizar os efeitos secundários. Concluiu que os profissionais tentam promover a tomada de decisão autónoma das jovens, mas o seu incentivo a métodos de alta eficácia pode resultar em práticas coercivas. É necessária mais formação para garantir que empregam abordagens de aconselhamento centradas no paciente, incluindo o cumprimento dos pedidos de remoção.

Lince-Deroche (2020), debruçou-se sobre o aconselhamento contraceptivo, por profissionais de saúde, que exerciam numa clínica pública de tratamento do VIH e em duas clínicas de cuidados de saúde primários, em Joanesburgo, África do Sul. Todos os entrevistados, relataram já ter usado algum método contraceptivo, pessoalmente e metade, estava atualmente a usar um método. Os entrevistados referiram que as suas clínicas, atualmente, correspondiam às necessidades contraceptivas de suas mulheres do sexo feminino por meio de serviços ou encaminhamentos no local. No entanto, observaram que a escassez de contraceptivos, a falta de formação e a oferta limitada do tipo de contraceptivos significava que as mulheres nem sempre recebiam aconselhamento ou o método que queriam. Os entrevistados observaram que os considerados melhores métodos contraceptivos para as mulheres eram aqueles que se adaptam ao estilo de vida e às necessidades da mesma. No entanto, os profissionais também sentiram fortemente que os injetáveis eram o melhor para todas as mulheres. A introdução recente do implante e de contraceptivos injetáveis na clínica de HIV não foi excessivamente desafiadora para os profissionais, embora houvesse preocupações sobre a contratação de pessoal e a criação de procura para os novos métodos. As respostas conflitantes dos entrevistados revelaram desafios com a prestação de cuidados, particularmente em relação ao aconselhamento contraceptivo. Melhorar a carga de trabalho do pessoal e fornecer treino de atualização sobre contraceção pode contribuir para aumentar a capacidade e a qualidade dos serviços contraceptivos neste contexto.

Palma (2017) realizou um estudo de natureza qualitativa, do tipo descritivo, tendo como questão de investigação: "Quais as vivências das mulheres em processo de Interrupção Voluntária de Gravidez?". Foi realizada uma entrevista semiestruturada, realizada a vinte e cinco mulheres, que obedeceram aos critérios de inclusão delineados. Os resultados mostraram que os motivos apontados pelas mulheres prendem-se com aspetos de natureza socioeconómica, ausência de projeto de maternidade e pouca literacia em saúde, concluímos que independentemente das razões indicadas, a falha da contraceção é maioritariamente o que está na origem da procura da IVG. Salienta, entre outros aspetos, a importância de investimento na formação dos enfermeiros obstetras, de forma a estarem mais habilitados a intervir junto destas mulheres, assim como a necessidade de melhoria da acessibilidade a todos os métodos contraceptivos de forma gratuita.

Mami Yamamoto (2023), conduziu um estudo para esclarecer a situação atual da formação e aconselhamento contraceptivo fornecido pelas parteiras. Realizou uma pesquisa anónima, por questionário on-line, direcionada a parteiras que exerciam em instituições médicas, comunitárias e educacionais. A taxa de implementação do aconselhamento contraceptivo pelas parteiras foi de aproximadamente 40%, o que revelou problemas na promoção do aconselhamento contraceptivo. As parteiras precisam de adquirir não só conhecimentos gerais sobre contraceção, mas também conhecimentos aprofundados e competências de apoio como profissionais, para apoiar as mulheres.

Deans (2019), fez uma pesquisa sobre treino, conhecimento e práticas em planeamento familiar, entre profissionais de saúde, no sistema de saúde militar. Os profissionais de saúde especialistas na área reprodutiva eram mais propensos a aconselhar pela eficácia do método e considerar o plano de vida reprodutiva das mulheres, do que os profissionais não especialistas. Em geral, os profissionais de saúde identificaram a eficácia correta dos métodos contraceptivos de longa duração, mas tendiam a sobrestimar a eficácia dos restantes métodos. Conclui que os serviços de planeamento familiar disponíveis podem ser melhorados por meio de formação dos profissionais de saúde.

De todos os estudos consultados, conclui-se que globalmente existe necessidade de melhoria da qualidade do aconselhamento contraceutivo, implicando melhoria na formação e treino dos profissionais de saúde no aspeto científico e prático da contraceção, assim como na formação em aconselhamento contraceutivo centrado no utente, para diminuir o viés de avaliação e prestação de cuidados com coação.

De acordo com a ACOG (2022), o aconselhamento contraceutivo é uma interação importante entre mulheres e ginecologistas-obstetras e outros profissionais de saúde. O aconselhamento é uma oportunidade para requisitar os valores, preferências e percepções de um indivíduo sobre o que é mais importante para ele no que se refere à contraceção. Existem vários modelos de aconselhamento contraceutivo ao longo do espectro da autonomia da tomada de decisão da mulher. Um modelo não-diretivo de “escolha informada” que favoreça a total autonomia da tomada de decisão situa-se num extremo do espectro. Nesse modelo, o profissional fornece informações, mas não insere opiniões ou valores na conversa. O profissional permanece objetivo, sem julgamentos e evita influenciar o processo de tomada de decisão. Num exemplo do modelo de “escolha informada”, um profissional lista os mesmos atributos sobre cada método contraceutivo (por exemplo, eficácia, mecanismo de ação, custo, efeitos secundários) e encoraja a mulher a tomar uma decisão com base na lista de informações fornecidas. Esta abordagem tem a vantagem de evitar influências indevidas e possível coação, mas não proporciona uma experiência individualizada. O aconselhamento diretivo encontra-se no extremo oposto, onde os profissionais enfatizam a sua prioridade predeterminada, que historicamente tem sido a eficácia. Colocar os métodos contraceutivos em determinados níveis, com base na eficácia, é um exemplo de aconselhamento diretivo. O profissional apresenta o método mais eficaz como aquele que acredita ser o “melhor” método (“nível superior”), o que resulta numa ênfase em contraceutivos reversíveis de ação prolongada. Embora este modelo possa ser um meio eficiente de transmitir informações importantes sobre a eficácia do método e as taxas de falha, as mulheres nem sempre priorizam a eficácia do método em detrimento de outros fatores, portanto este modelo deixa pouco espaço para explorar os valores e necessidades das mulheres. A tomada de decisão partilhada situa-se entre os modelos de aconselhamento não diretivo e diretivo. No modelo de tomada de decisão partilhada,

cada parte – profissional e mulher – é reconhecida como tendo conhecimentos especializados valiosos. O profissional é reconhecido como especialista em informações clínicas e a mulher é reconhecida como especialista na sua própria experiência, valores e preferências. As informações podem ser partilhadas, as prioridades podem ser exploradas e, em última análise, a mulher é o árbitro final da sua decisão, chegando à escolha que melhor atende às suas necessidades, informada pela experiência do médico. Os profissionais podem iniciar esta interação fazendo perguntas abertas sobre as prioridades e valores da mulher em relação aos objetivos e atributos contraceptivos (por exemplo, efeitos colaterais menstruais, eficácia, privacidade, facilidade de uso, custo, nível de controlo da mulher, conteúdo hormonal, benefícios não contraceptivos, reversibilidade, invasividade). A mulher pode então considerar e pesar esses atributos do método ao decidir sobre qual escolher. Este modelo promove o diálogo aberto e apoia a autonomia da mulher na tomada de decisões e o aconselhamento diretamente adaptado às preferências e valores expressos. A tomada de decisão compartilhada melhora a confiança, a compreensão e a satisfação.

Palma et al (2021), desenvolveu um estudo descritivo com abordagem qualitativa recorrendo a um grupo focal. Os critérios de inclusão dos participantes foram: enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, realizarem aconselhamento contraceptivo, e desejarem participar no estudo. O grupo focal foi realizado com cinco enfermeiros que participam na consulta de interrupção voluntária de gravidez numa unidade hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo, em agosto de 2020. Concluiu-se que a compreensão dos fatores que conduzem às escolhas contraceptivas das mulheres pode alavancar em intervenções promotoras da saúde sexual e reprodutiva.

## **1.2. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, no aconselhamento contraceptivo realizado por enfermeiros obstetras**

O aprofundar de um modelo sobre promoção da saúde, foi uma atividade também essencial para a compreensão da problemática e o desenvolvimento dos conhecimentos.

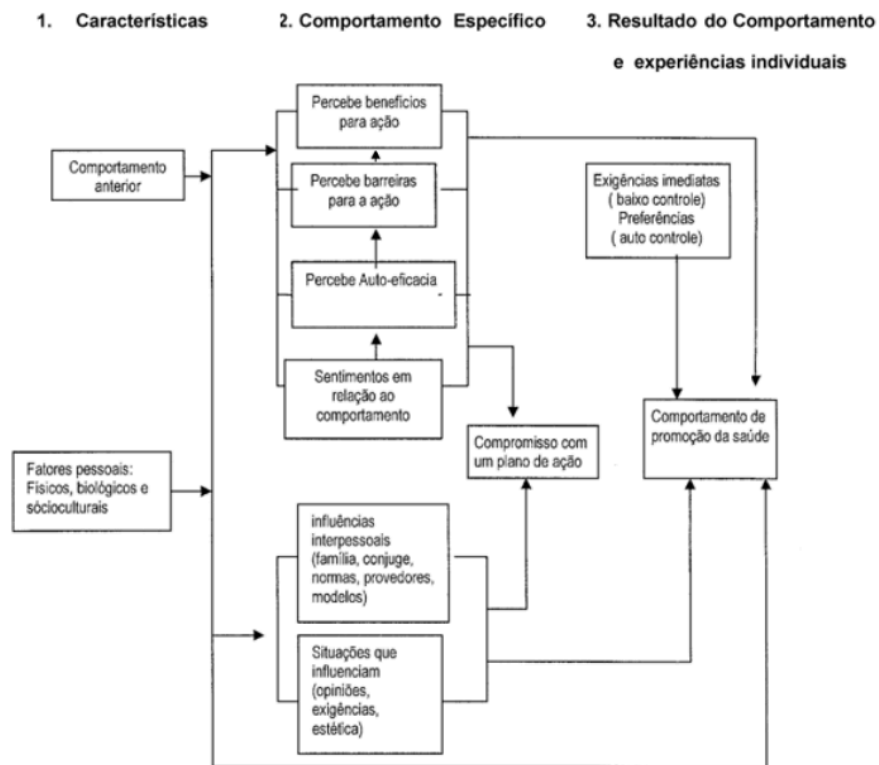
As teorias são padrões que orientam o pensar sobre o ser e o fazer da enfermagem. Todos os enfermeiros são guiados por alguma teoria implícita, explícita, ou padrão de pensamento, enquanto cuidam de seus pacientes (Parker & Smith, 2010).

Segundo Nola Pender (2015), a enfermagem baseia-se numa abordagem holística, oferece uma ponte entre a promoção da saúde individual e a promoção da saúde das famílias, comunidades e populações. Os enfermeiros são educados para cuidar de todas as pessoas dentro do contexto da cultura e da comunidade do indivíduo.

Em 1975, Pender publicou "Um Modelo Conceptual para o Comportamento de Saúde Preventivo", como base para estudar como os indivíduos tomam decisões sobre seus próprios cuidados de saúde no contexto da enfermagem. Este artigo identificou fatores que foram encontrados em pesquisas anteriores para influenciar a tomada de decisão e ações dos indivíduos na prevenção de doenças. O Modelo de Promoção de Saúde original de Pender foi apresentado na primeira edição do trabalho, publicado em 1982. A formação de Pender em enfermagem, desenvolvimento humano, psicologia experimental e educação levou ao uso de uma perspectiva de enfermagem holística, psicologia social e teoria da aprendizagem como fundamentos para o modelo (Alligood, 2014).

O Modelo de Promoção da Saúde é, fundamentalmente, um modelo de enfermagem, podendo ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais, esquematizados na Figura 1: **1. as características e experiências individuais, 2. os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e 3. o comportamento de promoção da saúde desejável** (Victor *et al*, 2005).

Figura 1 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*



As **características e experiências individuais** contemplam o comportamento anterior e os fatores pessoais. O comportamento anterior tem efeitos diretos e indiretos no envolvimento da pessoa em comportamentos de promoção de saúde, sendo a sua influência indireta representada através das percepções da autoeficácia, dos benefícios das barreiras e dos sentimentos em relação ao comportamento. Todo comportamento é acompanhado de emoções ou afetos, e o comportamento anterior irá modelar estes sentimentos. Desta forma, o enfermeiro deverá ajudar o indivíduo a focar-se nos benefícios do comportamento a atingir, ensinando-o a ultrapassar os obstáculos e construindo níveis elevados de eficácia, oferecendo feedback positivo. Os fatores pessoais incluem os fatores biológicos, como a idade, o índice de massa corporal; os fatores psicológicos, como a autoestima, motivação e percepção do estado de saúde; e os fatores socioculturais, que podem incluir a educação e o nível socioeconómico, entre outros (Pender *et al*, 2015).

Para as mulheres em idade fértil a forma como recebem o aconselhamento contraceptivo poderá ser influenciada por fatores como a idade, nacionalidade,

escolaridade, a sua história ginecológica e obstétrica, a sua literacia em saúde, as experiências anteriores com contraceptivos, crenças culturais ou até experiências alheias da sua comunidade em relação aos contraceptivos.

O domínio dos **sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento a ser alcançado** envolve algumas variáveis que têm uma significância motivacional considerável e são consideradas o núcleo crítico, pois podem ser modificadas através de intervenções. Estas variáveis incluem a perceção dos benefícios para a ação, que são as representações mentais das consequências positivas do comportamento; a perceção das barreiras para a ação, que influenciam a predisposição para o envolvimento com determinado comportamento; a perceção da autoeficácia, em que uma pessoa que se identifica como capaz e competente num domínio em particular, sente-se motivado e empenha-se mais facilmente no comportamento desejado; os sentimentos em relação ao comportamento, que podem ser suaves, moderados ou fortes, e que irão predispor a pessoa à repetição ou manutenção a longo prazo, do comportamento; as influências interpessoais, que são cognições que envolvem os comportamentos, as crenças e as atitudes das outras pessoas; e as influências situacionais, em que o ambiente pode facilitar ou impedir o comportamento de saúde (Pender *et al*, 2015).

O terceiro domínio denominado **resultado do comportamento** envolve o compromisso com o plano de ação, ou seja, as ações que possibilitam à pessoa manter-se no comportamento de promoção de saúde esperado, e que são as intervenções de enfermagem; às exigências imediatas e preferências, em que as pessoas têm baixo controlo sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, devido por exemplo a contingências ambientais como o trabalho ou as responsabilidades familiares, enquanto que as preferências pessoais exercem um alto controlo sob as ações de mudança de comportamento; e o comportamento de promoção de saúde, que se pretende atingir através da implementação do modelo (Victor *et al*, 2005).

Após a revisão da literatura e evidência existente, elaborou-se o desenho do presente estudo de forma a conhecer a qualidade do aconselhamento contraceptivo realizado por enfermeiros obstetras.

## 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia de investigação é uma disciplina proveniente da lógica e tem como objeto, o estudo do método científico (Vilelas, 2017).

A investigação é cada vez mais conduzida por enfermeiros na prestação de cuidados que desejam descobrir o que funciona melhor para seus clientes. (Polit e Beck, 2018)

Serão de seguida apresentados, o desenho do estudo de investigação, a sua abordagem quantitativa e qualitativa, com todos os passos programados da colheita de dados e as considerações éticas.

### 2.1. Desenho do estudo

O desenho do estudo de investigação é onde o investigador insere as suas atividades e decisões, com vista a dar respostas às questões de investigação anteriormente formuladas (Vilelas, 2017).

Os métodos de investigação são técnicas que os investigadores usam para estruturar um estudo, reunir e analisar informações relevantes (Polit e Beck, 2018).

Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e orientações de uma investigação. Decorrente das questões colocadas, certas investigações implicam necessariamente uma descrição dos fenómenos em estudo, outras uma explicação sobre a existência de relações entre fenómenos ou ainda a predição ou o controlo dos fenómenos. Os dois métodos de investigação que concorrem para o desenvolvimento do conhecimento são o método quantitativo e o método qualitativo (Fortin, 2009).

O presente estudo é transversal, descritivo e de abordagem mista.

Os estudos transversais são estudos efetuados numa população para medir a prevalência de uma exposição a um determinado estímulo e/ou resultado num ponto específico no tempo. Esta medição não permite conhecer a sequência temporal dos acontecimentos e não é, portanto, possível determinar se a exposição precedeu uma doença e vice-versa. (...) Ao nível da saúde, os estudos transversais são úteis para avaliar as necessidades de cuidados de saúde e para o planeamento desses cuidados (Vilelas, 2017).

Num estudo descritivo, os investigadores contam, delineiam e classificam (Polit e Beck, 2018).

Os estudos descritivos procuram conhecer as características de determinada população/ fenómeno, ou estabelecer relações entre variáveis. Servem para aumentar os conhecimentos das características ou dimensões de um problema, obtendo-se desta maneira uma visão mais completa. Nestes estudos é necessário que o investigador detenha algum conhecimento da variável ou das variáveis que influenciam o problema. Alguns não vão além de uma simples identificação das relações existentes entre as variáveis, pois pretendem determinar a natureza dessas relações (Vilelas, 2017).

A pesquisa com metodologia mista é uma abordagem de investigação que envolve a colheita de dados quantitativos e qualitativos, integrando as duas formas de colheita de dados e usando estudos distintos que podem envolver pressupostos filosóficos e teóricos estruturais. A suposição central desta forma de investigação é que a integração de dados qualitativos e quantitativos produz uma visão adicional além das informações fornecidas apenas pelos dados quantitativos ou qualitativos (Creswell, 2018).

Polit e Beck (2018), refere que a maioria das pessoas acredita que muitas áreas de investigação podem ser enriquecidas pela triangulação de dados quantitativos e qualitativos. As vantagens de um estudo misto incluem a complementaridade, praticidade e validade aprimorada.

A abordagem quantitativa está presente no estudo que avalia a qualidade do aconselhamento contraceptivo às utentes frequentadoras das consultas de enfermagem de planeamento familiar com enfermeiros obstetras, através da aplicação da escala *Quality of Contraceptive Counseling* - versão portuguesa (Palma, Presado & Ayres-de-Campos, 2021).

No estudo da problemática, foram levantadas hipóteses:

H0: A percepção da qualidade do atendimento contraceptivo nas dimensões **Troca de Informação, Relacionamento Interpessoal e Desrespeito e Abuso**, não altera com as habilitações académicas das mulheres;

H0: A percepção da qualidade do atendimento contraceutivo nas dimensões **Troca de Informação, Relacionamento Interpessoal e Desrespeito e Abuso**, não altera com a nacionalidade das mulheres;

H0: A percepção da qualidade do atendimento contraceutivo nas dimensões **Troca de Informação, Relacionamento Interpessoal e Desrespeito e Abuso**, não altera com a idade das mulheres;

H0: A percepção da qualidade do atendimento contraceutivo nas dimensões **Troca de Informação, Relacionamento Interpessoal e Desrespeito e Abuso**, não altera com o número de gravidezes das mulheres;

H0: A percepção da qualidade do atendimento contraceutivo nas dimensões **Troca de Informação, Relacionamento Interpessoal e Desrespeito e Abuso**, não altera com o número de partos das mulheres;

H0: A percepção da qualidade do atendimento contraceutivo nas dimensões **Troca de Informação, Relacionamento Interpessoal e Desrespeito e Abuso**, não altera com o número de abortos espontâneos das mulheres;

H0: A percepção da qualidade do atendimento contraceutivo nas dimensões **Troca de Informação, Relacionamento Interpessoal e Desrespeito e Abuso**, não altera com o número de interrupções voluntárias da gravidez das mulheres;

Segundo Polit e Beck (2018), no estudo qualitativo os investigadores não estão preocupados em quantificar relações ou em testar e confirmar relações causais. Em vez disso, os investigadores podem procurar padrões de associação como uma forma de perceber o significado subjacente e a dimensionalidade de fenómenos de interesse.

Na abordagem qualitativa foram estudadas as atitudes, preferências, necessidades e sentimentos dos enfermeiros obstetras envolvidos no aconselhamento contraceutivo que prestam às utentes, com a realização de um grupo focal e respetiva análise de conteúdo.

As entrevistas de grupos focais envolvem grupos de cerca de 5 a 10 pessoas cujas opiniões e experiências são solicitadas simultaneamente. O entrevistador (ou moderador) orienta a discussão usando um guia de tópicos (Polit e Beck, 2018)

A população é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades. Este conjunto tem uma ou mais características comuns, e

encontram-se num espaço ou território conhecido. (...) Numa investigação pode haver mais do que uma população (...) às vezes cada objetivo requer uma população distinta. (...) O que se procura é construir uma amostra em que, observando uma porção relativamente reduzida de unidades, se obtenham conclusões semelhantes às que chegaríamos se estudássemos o total da população (Vilelas, 2017).

Também Polit e Beck (2018) definiu população como o conjunto dos indivíduos ou objetos com características definidoras comuns.

A população deste estudo foi definida em ambas as abordagens quantitativa e qualitativa.

De acordo com o modelo do processo de investigação, uma vez elaborados os elementos teóricos e definido o tipo de estudo, é necessário escolher as técnicas de recolha necessárias para construir os instrumentos que nos permitem obter os dados da realidade. Um instrumento de recolha de dados é, em princípio, qualquer recurso que o investigador pode recorrer para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação (Vilelas, 2017).

Antes de empreender uma colheita de dados, o investigador deve perguntar se a informação que quer colher com a ajuda de um instrumento de medida em particular é exatamente a que tem necessidade para responder aos objetivos da sua investigação. Para isso deve conhecer os diversos instrumentos de medida disponíveis, assim como as vantagens e os inconvenientes de cada um (Fortin, 2009).

A população e as técnicas de colheita de dados serão, de seguida, explicadas com pormenor de acordo com a abordagem dos estudos.

## **2.2. Estudo A - Abordagem Quantitativa**

A população deste estudo englobou todas as mulheres em idade fértil, frequentadoras das consultas de enfermagem, com enfermeiros obstetras, de planeamento familiar no ACES em estudo, que eram fluentes em português e sabiam ler e escrever e que aceitaram participar no estudo. Foi definido o intervalo etário entre os 15 e os 49 anos, o que neste ACES significa uma população de 42915 mulheres. Deste número, foram excluídas 10% das mulheres não fluentes em português, estimativa calculada tendo em conta a nacionalidade das mulheres residentes no concelho, da faixa etária referida, de acordo com os Censos de 2021 (INE, 2021), obtendo-se assim

um total de 38623 mulheres. Incluíram-se as mulheres portuguesas e as que falam português, nascidas no Brasil, Angola, Cabo Verde, Moçambique e São Tomé e Príncipe. De seguida foi calculada a proporção de mulheres que correspondem às consultadas por 7 enfermeiros obstetras, comparativamente com os 120 enfermeiros do ACES, obtendo-se o total de 2253 mulheres. Foi definida uma amostra de 93 utentes, com um nível de confiança de 95% e margem de erro de 10% (Qualtrics, 2023)

Foram excluídas utentes com doença mental ou com capacidade cognitiva diminuída. A amostra foi obtida por conveniência, abrangendo todas as utentes frequentadoras das consultas de enfermagem de planeamento familiar realizadas com enfermeiros obstetras, nas unidades elegíveis do ACES, ou seja, todas as unidades onde se realizaram as referidas consultas, entre Março e Julho de 2023. Foi escolhida a escala *Quality of Contraceptive Counseling* - versão portuguesa, validada por Palma, *et al* (2021) (Anexo I).

A escala é constituída por 15 itens e três dimensões: **Troca de Informação**, com seis itens; **Relacionamento Interpessoal**, com cinco itens e **Desrespeito e Abuso**, com quatro itens. A dimensão **Troca de Informação**, reflete as informações que são fornecidas às mulheres sobre as opções de métodos contraceptivos e acompanhamento, bem como as informações que partilham com os profissionais de saúde sobre as suas preferências e necessidades. A dimensão **Relacionamento Interpessoal**, abrange itens relacionados à privacidade, confidencialidade, respeito, confiança e empatia e a dimensão **Desrespeito e Abuso** inclui a forma como os profissionais de saúde tratam as mulheres, discriminação e abuso físico (Palma *et al*, 2021).

De acordo com Polit e Beck (2018), uma variável, como o nome implica, é algo que varia. Os investigadores procuram compreender como ou porque as coisas variam e aprender como diferenças em uma variável estão relacionadas a diferenças em outra. A causa presumida é a variável independente, e o efeito presumido é a variável dependente ou de resultado.

Foram incluídos, na aplicação da escala, dados sociodemográficos das utentes que participaram (idade, nacionalidade, escolaridade e história obstétrica), e que constituíram as variáveis independentes deste estudo quantitativo.

A variável dependente foi a percepção da qualidade do aconselhamento contraceptivo, nas suas 3 dimensões como já referido: **Troca de Informação, Relacionamento Interpessoal e Desrespeito e Abuso**. Estas variáveis foram operacionalizadas, através da resposta para cada item que as constitui, com o uso de uma escala de *likert* com quatro pontos: "(1) Concordo Completamente"; "(2) Concordo"; "(3) Discordo"; "(4) Discordo Completamente".

A escala foi aplicada através de um formulário *Google Forms* criado para o efeito (Apêndice I), respeitando a integridade da mesma. O acesso foi feito com a leitura de um *QR code* (Apêndice II), fornecido pelo enfermeiro obstetra, no final da sua consulta. Desta forma, os resultados foram obtidos no imediato, em ficheiro *Google Sheets* online, minimizando o risco de perda de informação. Os participantes ficaram numerados neste ficheiro, assegurando o anonimato. Para as utentes não familiarizadas com a tecnologia referida, foi oferecida a possibilidade de preenchimento em papel, sendo também numerados os questionários.

A análise e tratamento estatístico dos dados obtidos foi efetuada com recurso ao software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 28 para Windows, com análise de estatística descritiva e correlacional (Martinez & Ferreira, 2007).

Para a análise correlacional, foi definido que a hipótese nula é rejeitada se o nível de significância for  $p \leq .05$ , o que significa que existe correlação entre as variáveis; se o nível de significância for  $p > .05$ , a hipótese nula é aceite o que significa que não existe correlação entre as variáveis.

Os dados incompletos ou em falta não foram incluídos no estudo.

### 2.3. Estudo B - Abordagem Qualitativa

Para o estudo da abordagem qualitativa foram considerados os enfermeiros obstetras, do ACES, que realizaram consultas de enfermagem de planeamento familiar. Os participantes foram escolhidos de forma intencional. Foi utilizada a metodologia de grupo focal, com a criação de um grupo com os enfermeiros obstetras. O recrutamento para participação no estudo foi feito por convite via email. Por parte dos participantes ou coordenadores das unidades, não foram solicitados esclarecimentos adicionais.

A sessão de entrevista de grupo foi gravada em vídeo e áudio. A gravação em vídeo foi importante para conseguir distinguir, no momento da transcrição, a que participante codificado pertenciam as respostas. Foi efetuada dupla gravação para assegurar qualquer falha técnica que pudesse existir inadvertidamente, o que não ocorreu.

Foi elaborado um guião da entrevista de grupo (Apêndice III) que foi seguido pela moderadora. Este incluiu uma introdução, desenvolvimento e considerações finais. Na introdução, a moderadora apresentou-se, explicou a dinâmica de um grupo focal, importância da participação de todos, o tema, objetivos da sessão e colheu os dados sociodemográficos. De seguida, pediu aos participantes para se apresentarem brevemente. Explicou aos participantes que a reunião seria gravada para posterior extração de dados, mas que o anonimato seria mantido. A duração prevista da reunião foi entre 60 e 90 minutos e foi cumprida. No desenvolvimento da reunião, foram abordados em debate, com estímulo à participação de todos, temas definidos no guião. Nas considerações finais, a moderadora respondeu a dúvidas e encerrou a sessão.

A transcrição do conteúdo gravado, análise e tratamento dos dados obtidos foi realizada com recurso ao software NVivo © versão 12 da QSR International. Para garantia de confidencialidade, as participantes foram codificadas como participante 1 (P1), participante 2 (P2), até à participante 7 (P7), durante a transcrição e análise dos dados obtidos.

Segundo Bardin (2016), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens unidades de registo (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. Define regras para que a análise dos dados seja válida, nomeadamente, a homogeneidade (agrupar conteúdo que seja homogêneo), a exaustividade (esgotar a totalidade do texto), exclusividade (o mesmo conteúdo não pode ser classificado duas vezes) e adequação ou pertinência (adaptação ao conteúdo e objetivo). Para a organização da análise, preconiza que se faça em torno de três pólos cronológicos: 1) a pré-análise, 2) a exploração do material e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. As regras preconizadas por Bardin foram

cumpridas, tanto na primeira leitura da transcrição como na segunda leitura em que se procedeu ao levantamento das unidades de registo.

Após realizados os passos descritos, emergiram 3 categorias e 6 subcategorias, com um total de 17 unidades de contexto. Cada unidade de contexto corresponde a unidades de registo que englobam os segmentos do conteúdo transcrito e que conferem significado ao mesmo (excertos da transcrição do grupo focal que foram codificados) e que são contabilizados em unidades de enumeração.

#### 2.4. Considerações éticas

A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e o direito à confidencialidade, o direito à proteção contra o conforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 2009).

No decorrer deste estudo, foram tidos em conta os seguintes princípios, em todas as fases do processo de investigação: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e o direito à confidencialidade, o direito à proteção contra a maleficência e o prejuízo, o direito a um tratamento justo e leal e, por fim, o uso responsável e racional dos recursos.

Não se anteciparam riscos e danos para os participantes em ambos os estudos (danos físicos, emocionais ou psicológicos, desconforto ou stress). No entanto, no sentido de minimizar e gerir o risco possível, foi assegurado ao participante que poderia interromper a qualquer momento a sua participação, situação que não ocorreu.

Para utilização da escala *Quality of contraceptive counseling scale* foi realizado um pedido de autorização à autora da validação para a população portuguesa (e-mail rececionado a 20/10/2022).

Foi solicitada autorização aos coordenadores das unidades funcionais, à diretora executiva e CCS do ACES, que foi positiva (Informação nº 50 de 18/11/2022).

Foi, finalmente, pedido parecer à comissão de ética para a saúde da Administração Regional de Saúde onde se insere o ACES que foi favorável (Referência 1576/CES/2023 de 03/03/2023) (ANEXO II).

No caso do questionário acessível por *QRcode*, foi incluído, previamente ao seu preenchimento, informação relevante sobre o estudo. Foi dada cópia do consentimento, em papel, à utente (Apêndice IV). Não foi incluído nenhum elemento identificativo da utente.

Para as utentes que preencheram o questionário em papel, por impossibilidade de acederem ao *QR code*, foram fornecidos dois envelopes sem identificação, um para o questionário e outro para o consentimento assinado, que foram selados pela própria utente. Os questionários não tinham qualquer elemento identificativo das utentes participantes, sendo desta forma assegurado o anonimato.

Foram recolhidos dados de saúde sensíveis das participantes, nomeadamente no que se refere à sua história obstétrica, abrangidos pelas medidas de anonimato e proteção de dados referidos.

Os dados recolhidos dos questionários, no ficheiro *Google Sheets*, foram todos anónimos, facto assegurado pela plataforma em que foram criados. Os dados compilados só são acessíveis pelas investigadoras, por password.

As medidas asseguradas para o anonimato dos participantes, preveniram a ocorrência de danos.

Na análise quantitativa dos dados foi utilizada a ferramenta SPSS versão 28, ficando os dados recolhidos (devidamente codificados) numa pasta protegida com palavra-chave pessoal e intransmissível. Todos os questionários e bases de dados serão destruídos 1 ano após o término do estudo, na presença de testemunhas.

No estudo B, o guião da entrevista de grupo, assegurou que a participação dos enfermeiros foi dentro da temática previamente conhecida, sem desvios que pudessem ser percebidos como desconforto ou stress. Foi solicitado o consentimento livre e esclarecido de participação no estudo (Apêndice V), incluindo a autorização para o registo em vídeo e áudio da entrevista. Foi fornecida cópia do consentimento aos participantes. As cópias das investigadoras foram guardadas em envelope selado.

Na transcrição do conteúdo gravado, análise e tratamento dos dados obtidos, recorreu-se à codificação dos participantes o que assegurou a sua confidencialidade.

Os resultados obtidos serão divulgados através da publicação da tese de dissertação em repositório aberto da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Os resultados serão também divulgados em publicações e comunicações científicas futuras.

### 3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos nos dois estudos, tendo em conta a evidência científica. Serão utilizados elementos visuais como gráficos, quadros e tabelas para apresentar os dados de forma organizada e sistematizada, permitindo a visualização das informações de maneira clara e objetiva.

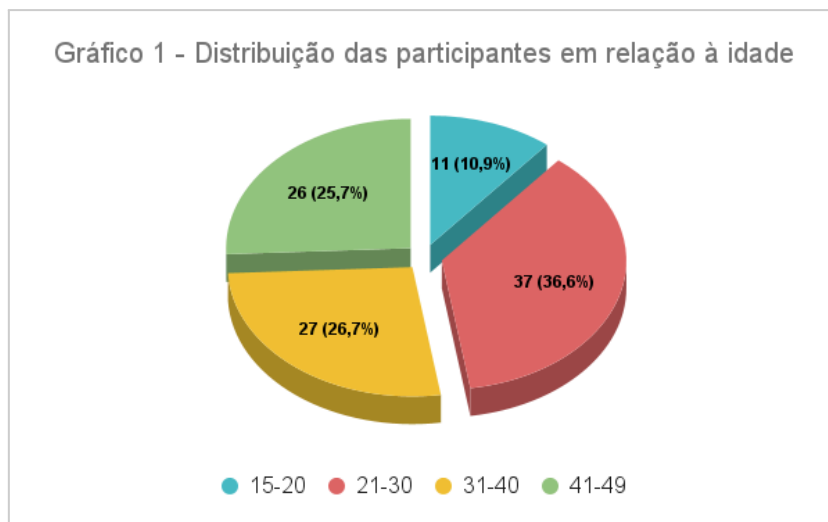
#### 3.1. Estudo A - Abordagem Quantitativa

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se o coeficiente de consistência interna *Alpha de Cronbach*, o coeficiente de correlação de *Pearson*, o coeficiente de correlação de *Spearman*, o teste t de *Student* para uma amostra, o teste de *Mann-Whitney* e o teste de *Kruskal-Wallis*. A normalidade de distribuição foi analisada com o teste de *Shapiro-Wilk*, rejeitando-se a normalidade da mesma (Lamb, 2009). Tal como já referido, o nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $\alpha \leq .05$

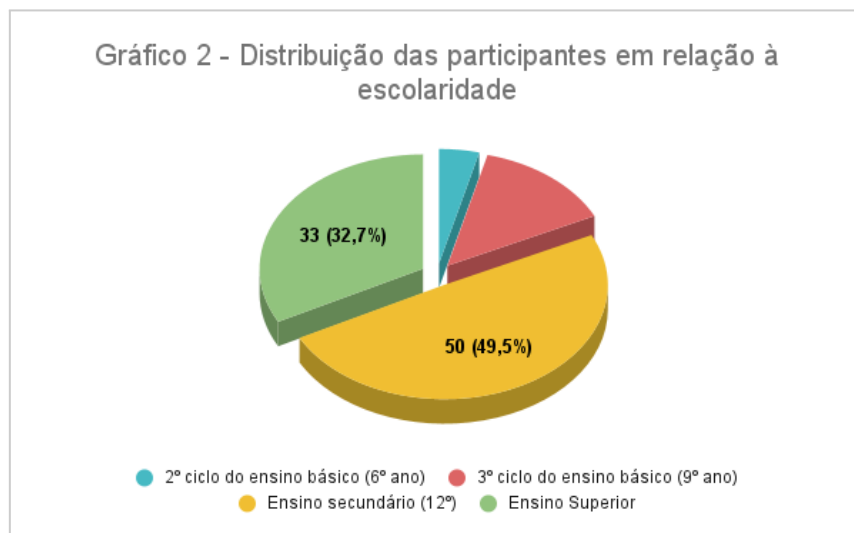
A análise estatística foi efetuada com o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 28 para *Windows* (Martinez & Ferreira, 2007).

A amostra era constituída por 100 respostas de mulheres inquiridas. Apesar de ter sido definida inicialmente uma amostra de 93 mulheres para a população em estudo, pelo fato da recolha de respostas ser em simultâneo em várias unidades, o valor inicial foi ultrapassado. Foram fornecidos 244 acessos ao *QR code* e 11 questionários em papel, com um total de 255 questionários aplicados. Este foi o total alcançado no período de tempo definido para a colheita de dados. Dos 244 acessos ao *QR code* fornecidos, apenas 92 deram origem a uma resposta registada no ficheiro *Google Sheets*. Dos 11 questionários em papel fornecidos, 3 foram excluídos por preenchimento parcial. Obtiveram-se assim um total de 100 respostas incluídas no estudo. A taxa de resposta obtida corresponde a 39.2% das utentes convidadas a participar, o que significa uma boa taxa de resposta (Ramshaw, 2023).

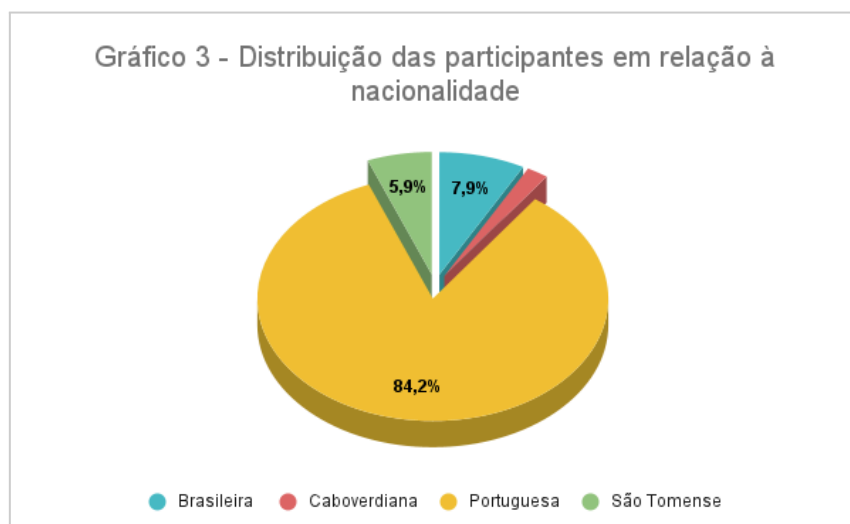
A média de idades era de 32.9 anos, variando entre um mínimo de 16 e um máximo de 49 anos (Gráfico 1).



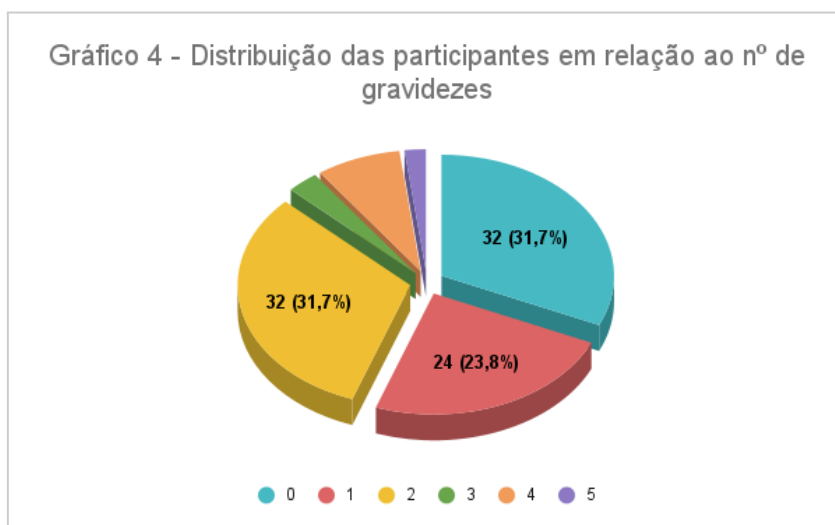
A maioria tinha o ensino secundário (49,5%), seguido do ensino superior (32,7%) (Gráfico 2).



Em relação à nacionalidade, 84,2% eram portuguesas. Das de nacionalidade não portuguesa, 7,9% eram oriundas do Brasil e 5,9% de São Tomé e Príncipe (Gráfico 3).



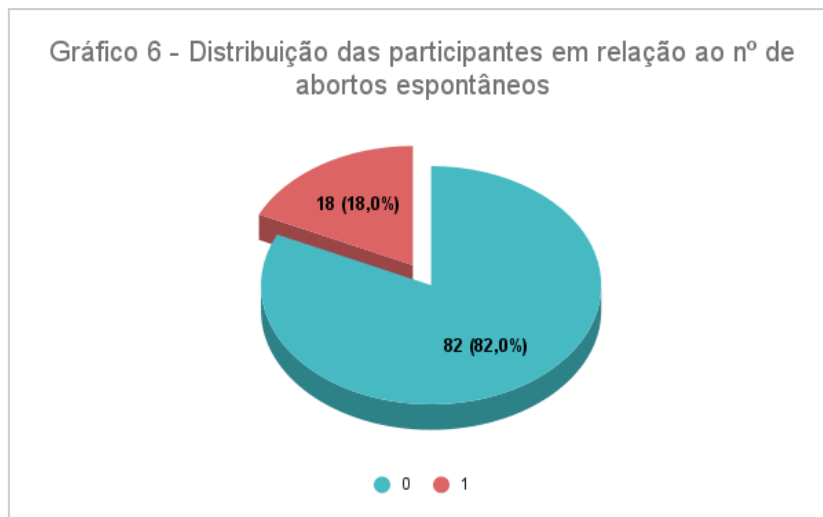
Cerca de 31,7% das mulheres nunca tinham estado grávidas anteriormente, 31,7% já tinham tido duas gravidezes e 23,8% tinham tido 1 gravidez (Gráfico 4).



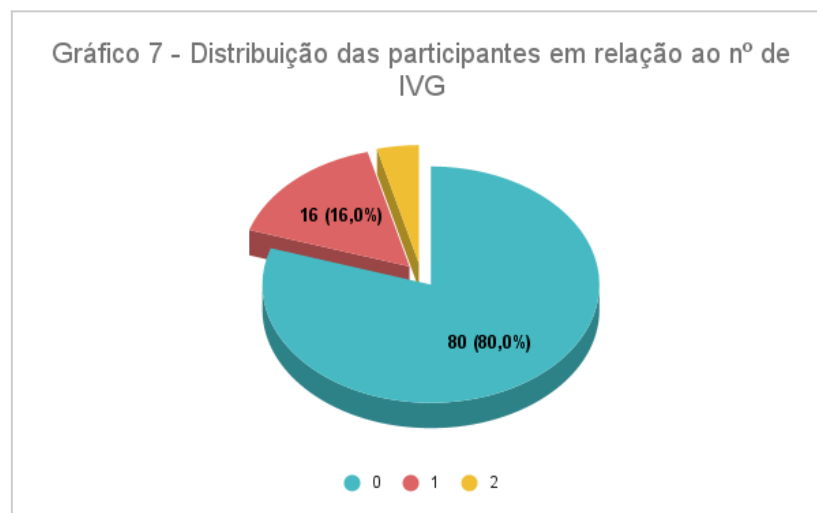
Cerca de 36% das mulheres eram nulíparas e 64% eram múltíparas (Gráfico 5).



Uma percentagem de 18% teve 1 aborto espontâneo e 82% nunca tinham tido um aborto espontâneo (Gráfico 6).



Uma percentagem de 80% nunca tinha tido realizado uma IVG e 16% teve uma IVG. Apenas 5 (5%) mulheres referiram outras situações (gravidez ectópica, interrupção da gravidez por razão médica) (Gráfico 7).



A consistência interna das dimensões do instrumento utilizado no presente estudo, analisada com o coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach*, variou entre um mínimo de .886 (bom) na dimensão **Troca de Informação** a um máximo de .931 (excelente) na dimensão **Relacionamento interpessoal** e de .911 (excelente) na dimensão **Desrespeito e Abuso**. A categorização dos valores de *Alfa* tem como referência Hill (2014) (Tabela 1).

Tabela 1 – Consistência interna

	<i>Alpha Cronbach</i>	Nr de itens
Troca de Informação	.886	6
Relacionamento Interpessoal	.931	5
Desrespeito e Abuso	.911	4

As estatísticas descritivas dos valores obtidos nas variáveis em análise podem ser observadas na tabela seguinte (valores mínimos, máximos, média e desvio padrão). As respostas obtidas na escala de likert, variam de 1 a 4, sendo que, na introdução de dados no SPSS, à resposta 1 (concordo completamente) foi atribuída uma classificação de 4 valores e assim sucessivamente, até à resposta 4 (discordo completamente) em foi atribuída uma classificação de 1 valor. Desta forma, apresentam-se os resultados, de acordo com essa classificação (Tabela 2).

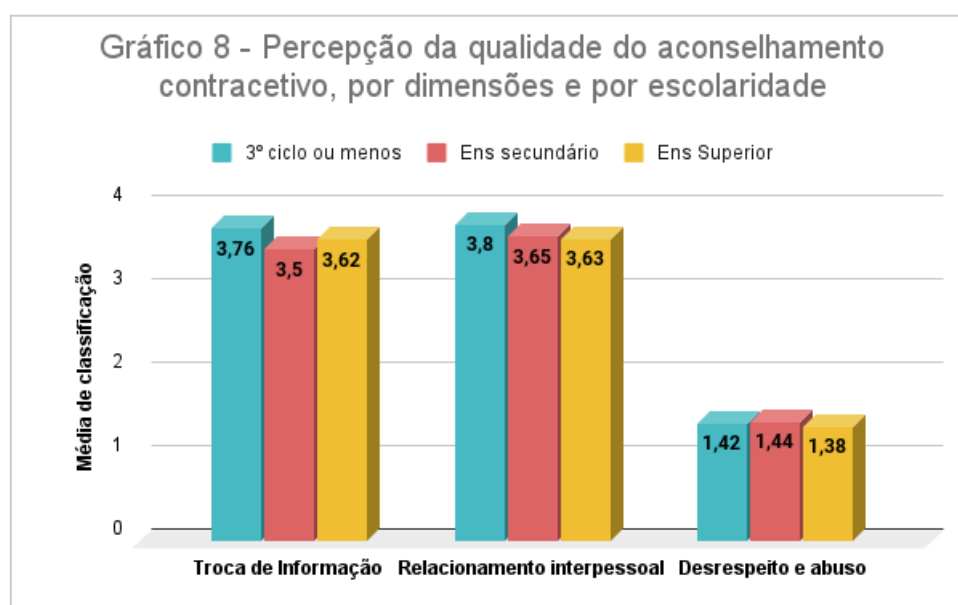
Tabela 2 – Dimensões da Qualidade do Aconselhamento Contracetivo

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Troca de Informação	1,00	4,00	3,58	0,74
Relacionamento Interpessoal	1,00	4,00	3,66	0,74
Desrespeito e Abuso	1,00	4,00	1,41	0,91

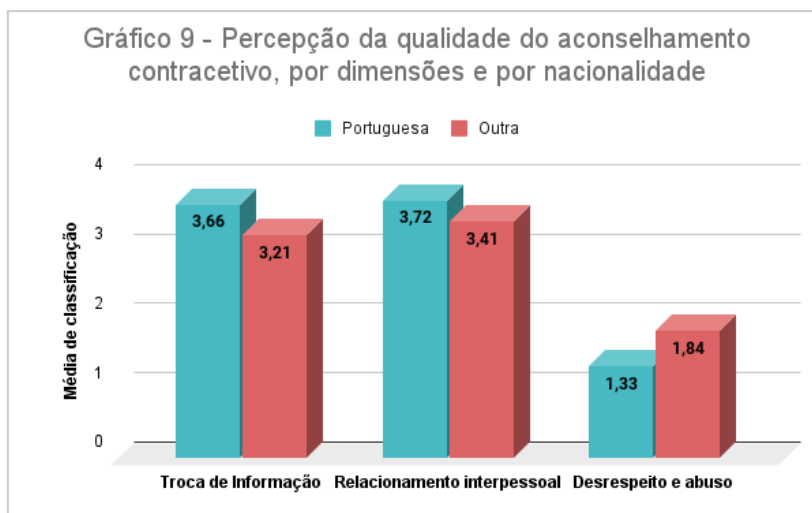
Os valores das dimensões **Troca de Informação** e **Relacionamento interpessoal** são significativamente superiores ao ponto médio de avaliação da escala (2.5) e o valor de **Desrespeito e Abuso** significativamente inferior ao ponto médio de avaliação da escala ( $p > .05$ ), o que significa percepção elevada de boa qualidade de aconselhamento contracetivo (AC) nas três dimensões. A dimensão **Desrespeito e Abuso** tem uma leitura dos resultados inversa em relação às outras duas dimensões.

Em relação à percepção da qualidade do aconselhamento contracetivo por dimensões e por escolaridade, utilizando o teste de *Kruskal-Wallis*, constata-se que esta é mais elevada nas dimensões **Troca de Informação**, não sendo estatisticamente

significativa ( $p=.677$ ) e **Relacionamento interpessoal**, não sendo estatisticamente significativa nas mulheres com menos habilitações ( $p = .357$ ) e mais elevada na dimensão **Desrespeito e Abuso** (com média inferior pois a leitura dos resultados é inversa), não sendo estatisticamente significativa ( $p = .970$ ) nas mulheres com mais habilitações académicas (Gráfico 8).



No que se refere à percepção da qualidade do aconselhamento contraceutivo por nacionalidade, utilizando o teste de *Mann-Whitney*, a percepção da qualidade do atendimento contraceutivo na dimensão **Troca de Informação** é mais elevada nos sujeitos com nacionalidade portuguesa, não sendo estatisticamente significativa ( $p = .074$ ). A percepção da qualidade do atendimento contraceutivo na dimensão **Relacionamento interpessoal** é mais elevada nos sujeitos com nacionalidade portuguesa, não sendo estatisticamente significativa ( $p = .088$ ). A percepção da qualidade do atendimento contraceutivo na dimensão **Desrespeito e Abuso** é mais elevada nos sujeitos com nacionalidade portuguesa (com média inferior pois a leitura dos resultados é inversa), sendo a diferença estatisticamente significativa ( $p = .049$ ) (Gráfico 9).



Sobre a percepção da qualidade do aconselhamento contracetivo por idade, utilizando o coeficiente de correlação de *Pearson*, percebe-se que há uma tendência para que à medida que aumenta a idade, a percepção da qualidade do atendimento contracetivo diminui, pois a correlação das dimensões **Troca de Informação** e **Relacionamento interpessoal** é negativa e na dimensão **Desrespeito e Abuso** é positiva (pois a leitura dos resultados é inversa), embora as correlações não sejam estatisticamente significativas na primeira e terceira dimensões. Na dimensão **Relacionamento interpessoal**, pode-se considerar que seja marginalmente significativa ( $p > .05$ ) (Tabela 3).

Tabela 3 - Correlação das dimensões do aconselhamento contracetivo com a idade

	Idade
Troca de Informação	-0,075
Relacionamento interpessoal	-0,052
Desrespeito e abuso	0,15

Os resultados estão de acordo com as conclusões de alguns estudos que realçam a idade, a nacionalidade e a escolaridade como fatores que têm influência no aconselhamento contracetivo. Segundo Tumlinson (2015), quando os profissionais questionaram as mulheres sobre as preferências de métodos contraceptivos, as trataram com cortesia, participaram na escolha e providenciaram informações sobre os

efeitos secundários, existiu uma associação positiva no maior uso de contraceção; a associação era mais forte entre as mulheres mais jovens e com menor escolaridade.

De acordo com Palma (2021), os enfermeiros apontam os aspetos socioculturais, estratos económicos mais desfavorecidos, a idade, a baixa literacia geral e em saúde como os principais fatores condicionantes na escolha dos métodos contraceptivos.

No estudo de Ferreira (2019), confirmou-se a importância dos Determinantes Sociais da Saúde, visto que interferem na forma como as mulheres escolhem os métodos contraceptivos e os riscos que essa escolha pode representar para a sua saúde, evidenciando-se associações estatísticas acerca da idade e escolaridade, entre outros. DiCenzo (2023) refere que o aconselhamento contraceptivo difere com base na raça e no estatuto socioeconómico da mulher e Dehlendorf (2016) realça que não é incomum, entre mulheres negras, a desconfiança nos profissionais que atuam no âmbito do planeamento familiar o que, no caso da nossa população em estudo, corresponde a mulheres migrantes.

No que se refere à perceção da qualidade do atendimento contraceptivo, com o nº de gravidezes, partos, abortos espontâneos e interrupções voluntárias de gravidez, nas três dimensões, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* ( $r_{sp}$ ). O coeficiente da correlação de Spearman gera um número que varia de -1 a +1. Quanto mais próximo dos extremos (-1 ou 1), maior é a força da correlação; já os valores próximos de 0 implicam correlações mais fracas ou inexistentes. Obtiveram-se os seguintes resultados: na dimensão **Relacionamento interpessoal**, encontraram-se correlações significativas com o nº de gravidezes ( $r_{sp} = -.211$ ,  $p = .035$ ) e com o nº de abortos espontâneos ( $r_{sp} = -.199$ ,  $p = .047$ ). Como o coeficiente de correlação é negativo, isso significa que à medida que aumenta o número de gravidezes e o número de abortos espontâneos, diminui a perceção da qualidade de atendimento nesta dimensão. Em relação à perceção da qualidade do aconselhamento contraceptivo por nº de gravidezes na dimensão **Desrespeito e Abuso**, encontrou-se uma correlação significativa ( $r_{sp} = .238$ ,  $p = .017$ ). Como o coeficiente de correlação é positivo, isso significa que à medida que aumenta o número de gravidezes, aumenta a perceção do **Desrespeito e Abuso** (pois a leitura dos resultados é inversa). Com as restantes variáveis e dimensões não existiram correlações significativas (Tabela 4).

Tabela 4 – Percepção da qualidade do aconselhamento contraceutivo, por dimensões e por nº de gravidezes, partos, abortos espontâneos e interrupções voluntárias de gravidez

	Troca	Relac	Desresp
Número de gravidezes	-0,153	-,211*	,238*
Número de partos	-0,088	-0,14	0,153
Número de abortos espontâneos	-0,187	-,199*	0,015
Número de interrupções voluntárias da gravidez	-0,175	-0,111	0,144

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

Os resultados vão de encontro à afirmação da ACOG (2022) que refere que os preconceitos inconscientes ou implícitos dos profissionais podem reflectir o valor que o profissional atribui à gravidez para pessoas de diversas origens ou pontos de vista sobre se e quando um indivíduo deve ou não ter filhos, bem como opiniões e preferências por contraceptivos reversíveis de acção prolongada ou esterilização (ACOG, 2022). Dehlendorf (2014) concluiu no seu estudo que mulheres negras e hispânicas são mais propensas a relatar que se sentem pressionadas a usar contraceção e a limitar o tamanho da sua família.

No que se refere às IVGs, não houve correlações significativas nas três dimensões, o que se constata contrário ao concluído por Brandi (2018), num estudo qualitativo com mulheres de língua inglesa que procuraram serviços de aborto em uma clínica hospitalar e relataram sentir-se “pressionadas” a escolher alguma forma de contraceção para evitar abortos repetidos.

Relativamente às hipóteses formuladas no início do estudo, na percepção da qualidade do aconselhamento contraceutivo por escolaridade, as hipóteses nulas são aceites, ou seja, a percepção da qualidade do atendimento contraceutivo, nas três dimensões, não altera com as habilitações académicas das mulheres. No que se refere à percepção da qualidade do aconselhamento contraceutivo por nacionalidade, as hipóteses nulas, nas dimensões **Troca de Informação** e **Relacionamento interpessoal**, são aceites, ou seja, a percepção da qualidade do atendimento contraceutivo, não altera com a nacionalidade das mulheres. A hipótese nula, na dimensão **Desrespeito e Abuso**, é rejeitada sendo aceite a hipótese alternativa, ou seja, a percepção da qualidade do atendimento contraceutivo na dimensão **Desrespeito e Abuso** altera com a

nacionalidade das mulheres. Sobre a percepção da qualidade do aconselhamento contraceptivo por idade, as hipóteses nulas, nas dimensões **Troca de Informação** e **Desrespeito e Abuso**, são aceites, ou seja, a percepção da qualidade do atendimento contraceptivo, não altera com a idade das mulheres. A hipótese nula, na dimensão **Relacionamento interpessoal**, é rejeitada sendo aceite a hipótese alternativa, ou seja, a percepção da qualidade do atendimento contraceptivo na dimensão **Desrespeito e Abuso** altera com a idade das mulheres. No que se refere à percepção da qualidade do atendimento contraceptivo, por nº de gravidezes, na dimensão **Relacionamento interpessoal** e **Desrespeito e Abuso**, a hipótese nula é rejeitada, sendo aceite a hipótese alternativa, ou seja, a percepção da qualidade do atendimento contraceptivo na dimensão **Relacionamento Interpessoal** e **Desrespeito e Abuso** altera com o nº de gravidezes. Em relação à percepção da qualidade do atendimento contraceptivo, por nº de abortos espontâneos, na dimensão **Relacionamento Interpessoal**, a hipótese nula é rejeitada, sendo aceite a hipótese alternativa, ou seja, a percepção da qualidade do atendimento contraceptivo na dimensão **Relacionamento Interpessoal** altera com o nº de abortos espontâneos. As correlações entre as restantes variáveis e dimensões não obtiveram resultados significativos pelo que as hipóteses nulas são aceites, nomeadamente, no que se refere ao número de partos e ao número de interrupções voluntárias de gravidez.

### 3.2. Estudo B - Abordagem Qualitativa

Da análise de conteúdo, emergiram 3 categorias e 6 subcategorias (Quadro 1). Desta forma é possível inferir e interpretar o aconselhamento contraceptivo, na visão dos profissionais envolvidos. As subcategorias permitem perceber melhor o contexto do aconselhamento contraceptivo, o processo de decisão da mulher e a influência que o profissional tem na decisão da mulher. Permite também avaliar a importância e a necessidade de formação dos profissionais (Quadro 1).

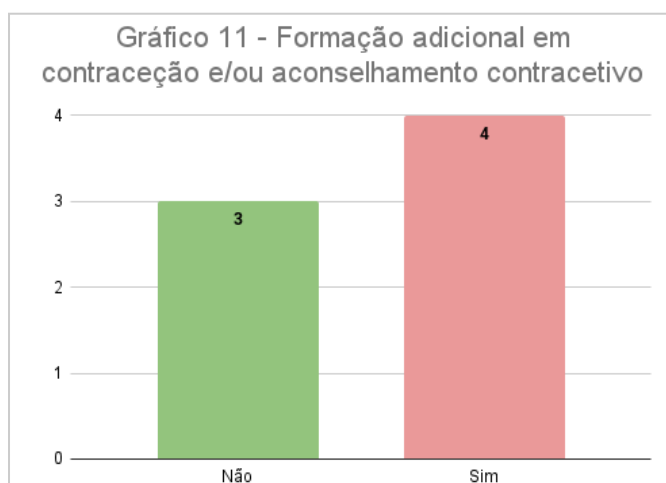
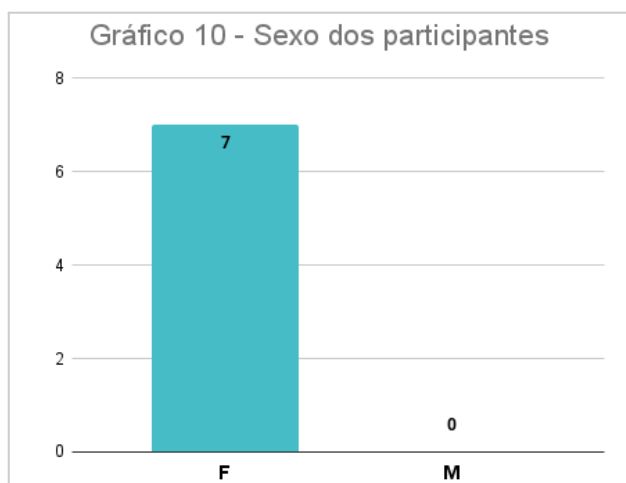
Quadro 1 - Categorias e Subcategorias do Aconselhamento Contracetivo

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
Contexto do aconselhamento contracetivo	Diferentes momentos do aconselhamento contracetivo
Tomada de decisão contracetiva	Contributo da enfermeira obstetra para a tomada de decisão contracetiva
	Fatores que interferem na tomada de decisão da mulher
	Preconceitos sobre a decisão da mulher
Formação dos profissionais	Importância da formação em aconselhamento contracetivo
	Necessidade da formação em aconselhamento contracetivo

Para caracterizar as participantes deste estudo, recolheram-se dados sociodemográficos que se apresentam de seguida.

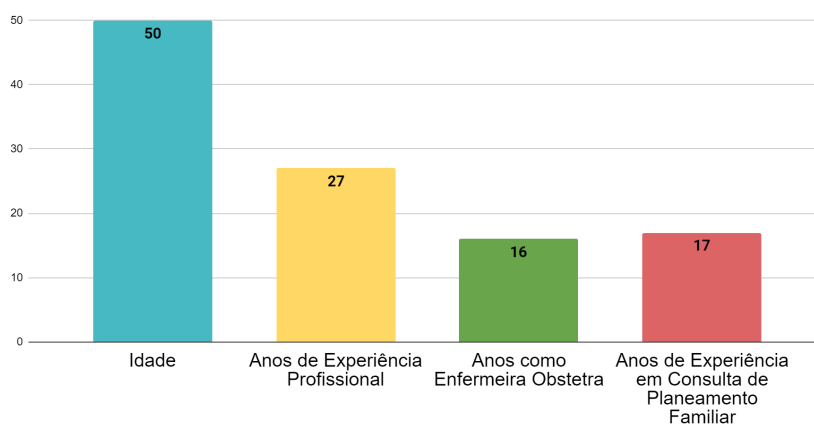
### 3.2.1 Caracterização das participantes

Participaram no estudo 7 profissionais de saúde, todas do sexo feminino (Gráfico 10) e quatro têm formação adicional em contraceção e/ou aconselhamento contracetivo (Gráfico 11).



A idade variou entre os 43 (mínima) e os 53 (máxima) com uma média de 50 anos (e desvio padrão de 3,58 anos). O tempo de experiência profissional variou entre os 22 e os 31 anos, com uma média de 27 anos (e desvio padrão de 3,04 anos). Em relação aos anos de exercício de especialidade observou-se um mínimo de 12 anos e um máximo de 18 anos, com uma média de 16 anos (e desvio padrão de 1,99 anos). O tempo de experiência profissional em consulta de PF variou entre os 10 e os 27 anos com uma média de 17 anos e desvio padrão de 5,94 anos (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Média de idades, anos de experiência profissional, como enfermeira obstetra e em consulta de planeamento familiar



A adesão dos profissionais foi muito positiva, abrangendo a totalidade dos enfermeiros obstetras da instituição que exercem em planeamento familiar.

### 3.2.2 Contexto do aconselhamento contracetivo

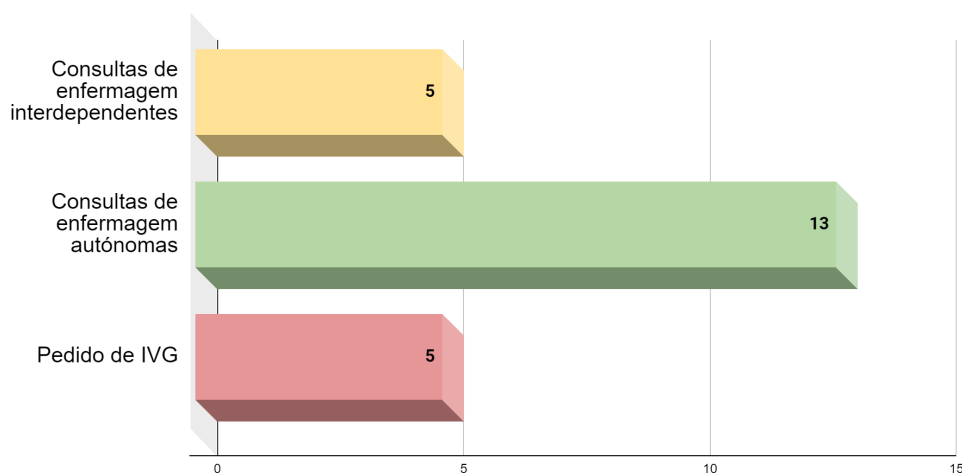
Nesta categoria surgiu uma subcategoria com 3 unidades de contexto que diferenciam os diferentes momentos em que os profissionais realizam o aconselhamento contracetivo (Quadro 2).

Quadro 2 - Contexto do aconselhamento contracetivo

Categoria	Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo	UE
Contexto do aconselhamento contracetivo	Diferentes momentos do aconselhamento contracetivo	♦ Consultas de enfermagem interdependentes	"consulta conexa com o médico" (P1)	5
		♦ Consultas de enfermagem autónomas	"As utentes abordam em vários tipos de consultas e até no corredor."(P2) "(...) Sou abordada no corredor com dúvidas, por encaminhamento de utentes pelas colegas da saúde infantil e faço em consultas autónomas."(P6) "no contexto do curso de preparação para o nascimento e parentalidade (...)"(P7)	13
		♦ Pedido de IVG	"(...) Não tanto agora, mas às vezes, em contexto de pedido de IVG."(P1)	5

No que se refere às unidades de contexto que se realçaram nesta subcategoria (Gráfico 13):

Gráfico 13 - Diferentes momentos do aconselhamento contracetivo



O momento do aconselhamento contracetivo mais referido (13 participantes) foram as **consultas de enfermagem autónomas**. Não são consultas programadas para realizar aconselhamento contracetivo, ou seja, são consultas oportunistas, permitindo o esclarecimento de dúvidas: *"(...) jovens que são nossas utentes e vêm pedir esclarecimentos sobre contraceção ou que querem iniciar, sobre saúde sexual e reprodutiva, por exemplo proteção contra ISTs e etc. Temos estas consultas autónomas relacionadas com esta temática"* (P1). *"(...) Sou abordada no corredor com dúvidas, por encaminhamento de utentes pelas colegas da saúde infantil e faço em consultas autónomas"* (P6).

As consultas de enfermagem autónomas incluem também a consulta de preparação para o parto e parentalidade: *"no contexto do curso de preparação para o nascimento e parentalidade (...)"* (P7).

Os momentos seguintes, mais frequentes, são as consultas em contexto de **pedido de IVG e consultas de enfermagem interdependentes**.

A abordagem em consultas de enfermagem autónomas e interdependentes, está de acordo com o defendido pela DGS (2008), que preconiza que as atividades de Planeamento Familiar são parte integrante dos cuidados de saúde primários no âmbito da medicina geral e familiar e devem organizar-se, em cada unidade de saúde, de modo a responder às necessidades das populações que lhe estão adstritas.

No caso de pedido de IVG, realiza-se o preconizado pela legislação portuguesa (Lei nº 16/2007, de 17 de abril), em que os estabelecimentos de saúde oficiais garantem

obrigatoriamente às mulheres grávidas que solicitem aquela interrupção ou encaminhamento para uma consulta de planeamento familiar.

Também na consulta de enfermagem autónoma no âmbito da preparação para o parto e parentalidade, está tal como defendido pela Ordem dos Enfermeiros, na sua recomendação nº 2/2012 em que na temática do puerpério deve ser abordado o planeamento familiar. Esta consulta é realizada aos casais candidatos a frequentar o curso de preparação para o parto, previamente ao início das aulas de grupo.

### 3.2.3 Tomada de decisão contracetiva

Nesta categoria surgiram 3 subcategorias, com 10 unidades de contexto que diferenciam o contributo da enfermeira obstetra para a tomada de decisão contracetiva, os fatores que interferem na tomada de decisão da mulher e os preconceitos sobre a decisão da mulher (Quadro 3).

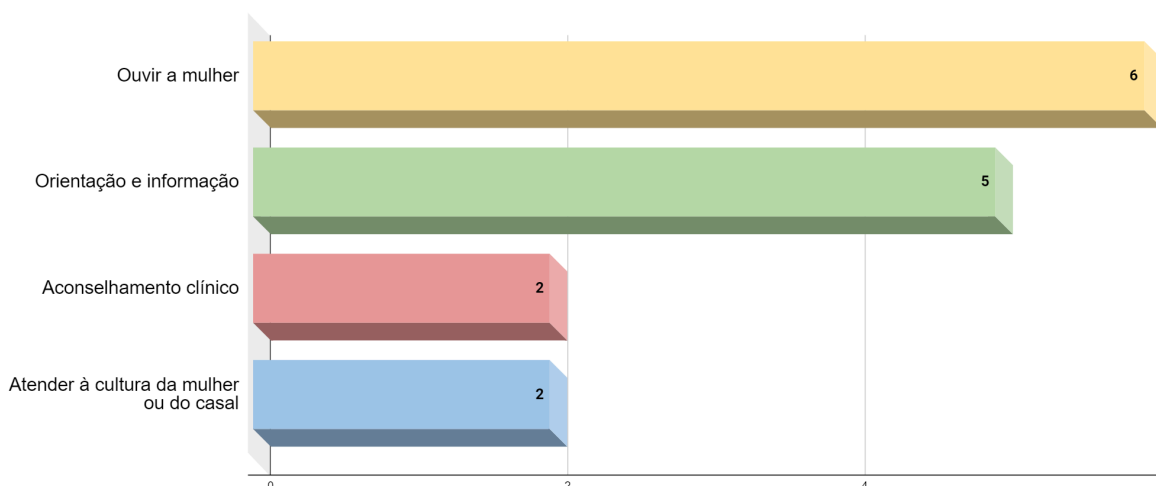
Quadro 3 - Tomada de decisão contracetiva

Categoria	Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo	UE
Tomada de decisão contracetiva	Contributo da enfermeira obstetra para a tomada de decisão contracetiva	♦ Ouvir a mulher	"Tento saber primeiro o que a mulher deseja para ela ou quais os contraceptivos que conhece."(P7) "(...) não debitamos todos os contraceptivos que temos mas perguntamos primeiro o que ela conhece"(P5) "(...) Acho que a relação que estabelecemos com a mulher é o contributo mais importante, a confiança em nós."(P6) "Às vezes é o esforço de desmistificar algumas ideias que elas têm pré-concebidas com alguns métodos que nós até pensamos serem um bom método para elas..."(P3)	6
		♦ Orientação e informação	"Orientá-la na escolha."(P7) "No fundo é incentivar as mulheres a decidirem pela sua cabeça e não por influências alheias."(P2) "Às vezes também vêm dos médicos, com a indicação de que a enfermeira explica, porque eles têm pressa na consulta para abordar o assunto. A nossa consulta às vezes é a mais decisiva na escolha."(P4)	5
		♦ Aconselhamento clínico	"Normalmente o enfermeiro discute com a mulher os vários métodos e depois é na consulta médica que ela toma a decisão, mas já vão com o esclarecimento e o pensamento definido para tomar a decisão. (...) propomos alguns métodos que pensamos serem mais adequados e discutimos com ela" (P5); "(...) depende também da situação clínica da pessoa, medicação que faça" (P1)	2
		♦ Atender à cultura da mulher/casal	"A cultura também influencia muito aqui, na escolha contraceptiva..."(P3) "A cultura é mesmo uma coisa muito importante porque depende da proatividade delas, às vezes já vêm às escondidas do marido ..." (P6)	2

Fatores que interferem na tomada de decisão da mulher	♦ Cultura e religião	"(...)a religião, por exemplo. O país de origem, como a comunidade muçulmana."(P5) "O país de origem. Em alguns migrantes, o homem é o elemento dominante e acabamos por nem conseguir interagir com a mulher (...)”(P3)	3
	♦ Idade da mulher	"Penso que a idade em que estão tem muita influência”(P4) “(...)se elas são muito novinhas, ou pílula ou o implante.”(P3)	2
	♦ Medo de alterações corporais	"O medo de alterações corporais.”(P7) “(...) em raparigas mais jovens, tentarem perceber que influência têm os contraceptivos no ciclo menstrual, o que podem sentir ou não em função disso. (P1)”	2
	♦ N° de filhos que já tem	"(...) se já têm ou não filhos e se desejam ter mais.”(P4) “(...) a reflexão sobre o número de filhos que quer ter(...)” (P7)	2
Preconceitos sobre a decisão da mulher	♦ Assume que tem dificuldade em não fazer juízos de valor sobre as decisões da mulher	"Sim... não é um elemento que, de forma fácil, nos seja alheio, principalmente quando conhecemos a família e sabemos que tem uma estrutura muito vulnerável, no âmbito socio-económico, e em que as crianças, por exemplo, têm processo com a CPCJ.”(P7) "Sim, nós acabamos por conhecer as pessoas e as suas famílias, é difícil não tentar influenciar no que achamos que é melhor.”(P4)	2
	♦ Desvaloriza os preconceitos sobre as decisões da mulher	"Não é bem preconceito, é tentar que escolham melhor. Por exemplo, mulheres com muitas IVGs tento que escolham algo diferente do que têm feito, senão estão sempre a repetir.”(P6) "Nas IVGs tento também que escolham outro método, pois se escolhem o mesmo parece que na verdade querem a IVG como contraceção”(P5)	3

No que se refere às unidades de contexto que se realizaram, no contributo da enfermeira obstetra para a tomada de decisão contraceptiva da mulher (Gráfico 14):

Gráfico 14 - Contributo da enfermeira obstetra para a tomada de decisão contraceptiva



Destacaram-se os contributos de **ouvir a mulher** seguido de **orientação e informação**, com 6 respostas e 5 respostas, respetivamente, como se pode perceber nos testemunhos seguintes: *“Geralmente faço uma avaliação da pessoa que tenho na*

*frente, das suas expectativas, do que já sabe, do que não sabe, do que é que acredita, do que é que ouviu, dos medos que tem, e vou um bocadinho ao encontro do que é que ela espera, desmistificando alguns medos e mostrando o que é que há, mas indo ao encontro do que ela está mais a querer e se é adequado ou não para ela” (P6).*

*“É contextualizando, mas não escolhendo pela pessoa. Um aspeto importante é que existe muita iliteracia na perceção do corpo e dos ciclos menstruais, é um aspeto importante que tento focar na consulta especialmente em raparigas mais jovens, tentarem perceber que influência têm os contraceptivos no ciclo menstrual, o que podem sentir ou não em função disso. Esta educação é importante para a tomada de decisão” (P1).*

O **aconselhamento clínico** é outro contributo referido (2 participantes) no sentido em que o enfermeiro informa também em função da situação clínica da pessoa, adaptando o seu aconselhamento: *“Normalmente o enfermeiro discute com a mulher os vários métodos e depois é na consulta médica que ela toma a decisão, mas já vão com o esclarecimento e o pensamento definido para tomar a decisão. (...) propomos alguns métodos que pensamos serem mais adequados e discutimos com ela” (P5); “(...) depende também da situação clínica da pessoa, medicação que faça” (P1).*

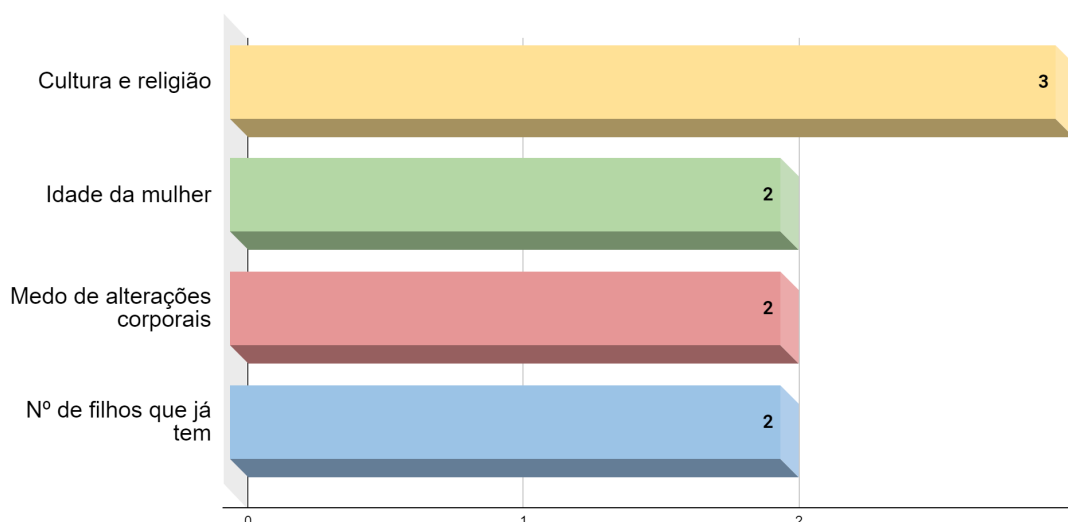
O atender à **cultura da mulher ou do casal** (2 participantes) permite informar e orientar melhor os utentes, como referem os testemunhos: *“A cultura também influencia muito aqui, na escolha contracetiva, porque há homens que percebem que não há menstruação e pensam logo que há algo aqui que também não está bem. Também temos que ver o casal” (P3). “A cultura é mesmo uma coisa muito importante porque depende da proatividade delas, às vezes já vêm às escondidas do marido (...)” (P6)*

Todos os contributos referidos estão de acordo com as competências do enfermeiro obstetra, segundo a Ordem dos Enfermeiros, na sua redação de 2019, em que é referido que o enfermeiro obstetra cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade, assim como vão também ao encontro dos padrões de qualidade do enfermeiro obstetra (OE, 2021), em que o enfermeiro obstetra fornece informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.

Os resultados também estão de acordo com Dehlendorf (2016), que refere que a comunicação em saúde é um aspeto central da prestação de cuidados centrados na mulher. De forma a corresponder aos valores e preferências da mulher durante o aconselhamento contraceutivo, os profissionais devem ter as competências de relacionamento interpessoal necessárias para desenvolver uma relação terapêutica mutuamente respeitosa. Essas interações também exigem a capacidade de fornecer educação e aconselhamento que integre as preferências da mulher respeitando a evidência científica. Vão também ao encontro de Palma (2021) que salienta que a adesão aos contraceptivos está relacionada com a qualidade das informações transmitidas.

As unidades de contexto que se realçaram, no que se refere aos fatores que interferem na tomada de decisão da mulher (Gráfico 15):

Gráfico 15- Fatores que interferem na tomada de decisão da mulher



A **cultura e a religião** foram o fator mais referido (3 participantes) e que, para além da questão social e religiosa, está associado ao papel do homem e ao papel da mulher na relação, conforme descrevem os testemunhos: *“A religião, por exemplo. O país de origem, como a comunidade muçulmana. Às vezes vêm com o marido à consulta e não falam português nem inglês e é ele que acaba por ser o tradutor e ficamos muitas vezes com a sensação que é ele que toma a decisão pela mulher”* (P5).

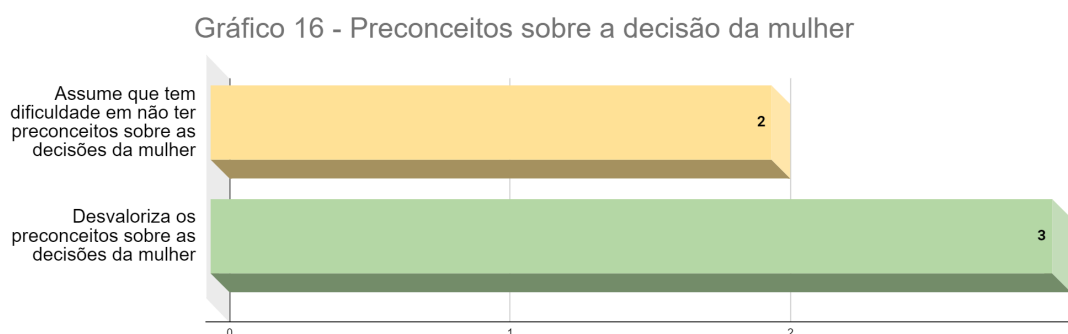
*“O país de origem. Em alguns migrantes, o homem é o elemento dominante e acabamos por nem conseguir interagir com a mulher, por vezes nem conseguimos perceber qual é a intenção dela, porque não fala português. Acho que por vezes nem ela própria sabe que a decisão é dela” (P3).*

A idade da mulher, o medo das alterações corporais e o número de filhos que já têm foram outros fatores referidos por dois participantes cada.:

*“Penso que a idade em que estão tem muita influência”(P4); “(...)se elas são muito novinhas, ou pílula ou o implante. (P3)”; “O medo de alterações corporais.”(P7); “(...) em raparigas mais jovens, tentarem perceber que influência têm os contraceptivos no ciclo menstrual, o que podem sentir ou não em função disso. (P1)”; “(...) se já têm ou não filhos e se desejam ter mais.”(P4); “(...) a reflexão sobre o número de filhos que quer ter(...)” (P7)“.*

A cultura e a religião foram muito valorizadas. Segundo o Plano de Desenvolvimento Social e de Saúde 2018/2025 (Moreno, 2018), da região em que se insere a população abrangida pela instituição, as mulheres migrantes em idade fértil constituem cerca de 9% da população. É, portanto, uma realidade muito particular destas consultas realizadas pelo grupo, o que explica também a valorização que dão à questão cultural e religiosa.

No que se refere às unidades de contexto que se realçaram, nos preconceitos dos enfermeiros obstetras sobre a decisão da mulher (gráfico 16):



Dois participantes referem que **têm dificuldades em fazer aconselhamento contraceptivo sem preconceito** sobre a tomada de decisão contraceptiva das utentes, uma vez que conhecem de perto a realidade das famílias e tentar influenciar no que consideram ser o melhor para estas famílias, como se observa nos testemunhos recolhidos: *“Sim... não é um elemento que, de forma fácil, nos seja alheio, principalmente*

*quando conhecemos a família e sabemos que tem uma estrutura muito vulnerável, no âmbito socioeconômico, e em que as crianças, por exemplo, têm processo com a CPCJ. Eu não sei se posso dizer preconceitos, mas que criamos sentimentos, criamos.” (P7); “Sim, nós acabamos por conhecer as pessoas e as suas famílias, é difícil não tentar influenciar no que achamos que é melhor” (P4).*

Outros três participantes **desvalorizaram os preconceitos sobre as decisões das utentes**, como demonstram os seguintes testemunhos: *“Difícil não diria, mas às vezes não se fica indiferente a algumas coisas. Por exemplo uma mulher que não consegue ter dinheiro suficiente para os filhos nem para a alimentação, nem pagar a renda, miséria, portanto... e depois não quer usar um método mais seguro e engravida outra vez sem querer” (P3); “Não é bem preconceito, é tentar que escolham melhor. Por exemplo, mulheres com muitas IVGs tento que escolham algo diferente do que têm feito, senão estão sempre a repetir” (P6); “Nas IVGs tento também que escolham outro método, pois se escolhem o mesmo parece que na verdade querem a IVG como contraceção, pois os esquecimentos acontecem na mesma. Claro, dependendo do número de IVGs que já têm, no espaço de 1 ano, que às vezes não é só uma, infelizmente. E tentamos que elas apareçam, às vezes faltam à consulta” (P5).*

Estes resultados vão contra o defendido por Pender (2015) que defende que os enfermeiros culturalmente competentes adaptam continuamente a sua prática para ser consistente com a cultura de seus clientes. Os profissionais de saúde culturalmente competentes estão conscientes dos seus próprios valores e crenças culturais e reconhecem como estes influenciam suas atitudes e comportamentos em relação ao outro.

Brandi (2017), relata as experiências das mulheres sobre a coação contracetiva por parte dos profissionais de saúde no momento do aborto, em que 42% das participantes relataram sentir-se “pressionadas” a escolher alguma forma de contraceção. Também Biggs (2020) realizou um estudo sobre as abordagens dos médicos dos centros de saúde no aconselhamento a jovens, sobre o DIU, no que se refere à linha ténue entre informar e coagir, descrevendo uma tensão entre orientar para métodos de maior eficácia e respeitar as escolhas das jovens mulheres. Estes

resultados dos dois autores vão de encontro aos que foram obtidos, no que se refere à dificuldade do grupo em realizar aconselhamento contraceutivo sem coação.

A ACOG em 2022, defende que o aconselhamento contraceutivo pode estar sujeito a influências indevidas, tais como os preconceitos pessoais (implícitos ou explícitos) do profissional, pressão ou coação do profissional (...). A abordagem intencional de cuidados reprodutivos justos e centrados no paciente, assim como a utilização de um modelo de tomada de decisão partilhada é o recomendado (...). Defende também que todas as pessoas têm o direito fundamental à autonomia corporal, a ter filhos, a não ter filhos e a criar os filhos que têm em comunidades seguras e sustentáveis. Os profissionais devem reconhecer que o preconceito, inconsciente ou explícito, pode afetar os cuidados prestados e trabalhar para minimizar o seu efeito no aconselhamento e na prestação de cuidados, assim como priorizar os valores, preferências e experiências vividas das mulheres na seleção ou descontinuação de um método contraceutivo.

Parece ser a situação observada, em que os participantes do estudo têm dificuldade em realizar um aconselhamento contraceutivo isento de preconceitos, inclusivamente uma parte do grupo não tem completa noção desta interferência no seu aconselhamento.

### 3.2.4 Formação dos profissionais

Nesta categoria surgiram 2 subcategorias, com 4 unidades de contexto que diferenciam a importância e a necessidade da formação em aconselhamento contraceutivo, dos profissionais (Quadro 4).

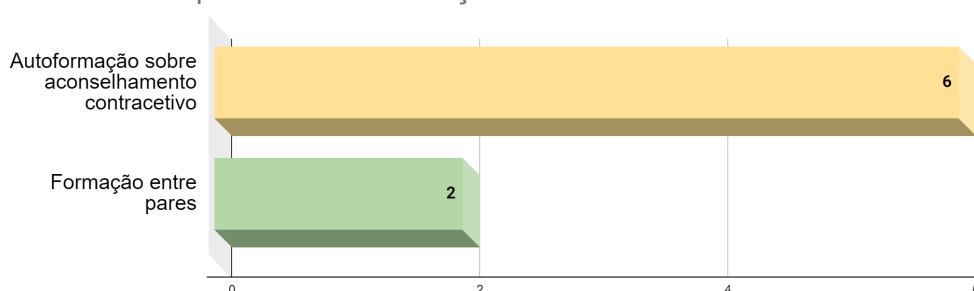
Quadro 4 - Formação dos profissionais

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>UE</b>
<b>Formação dos profissionais</b>	<b>Importância da formação em aconselhamento contraceutivo</b>	♦ Autoformação sobre aconselhamento contraceutivo	"(...) é sempre importante, consolidarmos o que já temos e estarmos a par das novas guidelines (...)"(P2) "(...) devia haver uma atualização mais regular, anual ou bianual para que efetivamente não houvesse dúvidas em relação aos métodos porque eles estão sempre a mudar."(P5)	6
		♦ Formação entre pares	"Temos de estar todos atualizados, até porque o aconselhamento pode ser feito em várias situações..."(P7) "(...)é importante estarmos atualizados e também não à mercê das farmacêuticas. (P4)"	2

<b>Necessidade da formação em aconselhamento contraceptivo</b>	♦ Sim	<p>"Acho que neste momento tenho formação suficiente, mas para o futuro talvez não."(P1)</p> <p>"sim, neste momento acho que tenho, no futuro talvez não se não houver atualizações (P7)."</p> <p>"para a minha prática, sim (P5) ."</p> <p>"(...) em relação a muitas pílulas do mercado, acho que não me dão a formação que eu preciso e devia ser a entidade patronal a dar, não as farmacêuticas, se eu não procurasse por mim, não tinha esses conhecimentos, por isso sim (P3)."</p>	4
	♦ Não	<p>"aqui na USF, como tu sabes, eu não coloco DIUs nem implantes, os nossos médicos é que fazem essa técnica. Apesar da nossa especialidade o permitir, eu aqui não sinto essa necessidade de formação porque não pratico" (P2)."</p> <p>"Eu pessoalmente não sinto necessidade atualmente,(P6)"</p>	2

No que se refere às unidades de contexto que se realçaram, na importância da formação em aconselhamento contraceptivo (Gráfico 17):

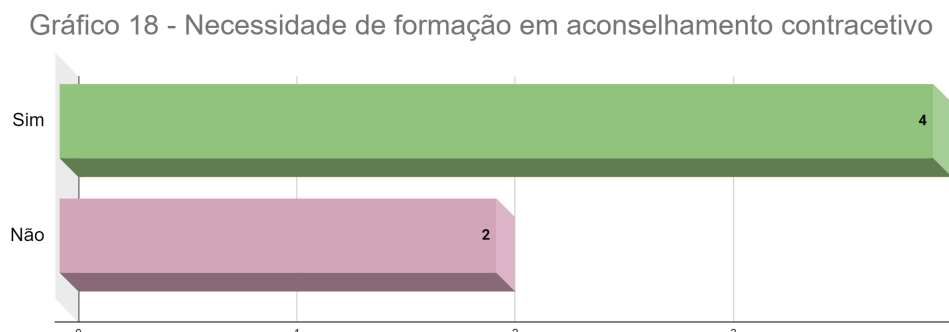
Gráfico 17- Importância da formação em aconselhamento contraceptivo



A generalidade dos participantes (6) considera que é importante a **autoformação** sobre aconselhamento contraceptivo, para *"consolidarmos o que já temos e estarmos a par das novas guidelines"* (P3), mesmo nos casos em que não colocam os implantes e DIUs, como podemos ler num dos testemunhos recolhidos: *"É importante nós termos formação por exemplo em relação às pílulas novas que estão sempre a aparecer, aos DIUs novos como o Jaydess®, eu acho que era importantíssimo termos formação, mas não é fácil. Por exemplo, há pouco tempo houve uma mulher que me trouxe uma pílula que eu não conhecia sequer e uma pessoa depois fica com uma cara... tem de se ir ler, investigar, o que é e o que não é, a sua composição"* (P3); *"Esta formação permitiria aos profissionais de saúde estarem atualizados em relação aos contraceptivos mais recentes e não estarem "à mercê das farmacêuticas"* (P5), embora reconheçam que esta *"atualização acaba por não ser tão fácil, (...) porque passa tudo muito rápido e ao lado"* (P7). A formação entre pares também foi referida por duas participantes: *"Temos de estar todos atualizados, até porque*

*o aconselhamento pode ser feito em várias situações(...)" (P6); "(...)é importante estarmos atualizados e também não à mercê das farmacêuticas. (P4)"*

E em relação às unidades de contexto que se realçaram na necessidade de formação em aconselhamento contracetivo (Gráfico 18):



A necessidade de formação foi realçada por 4 participantes, como se verifica: *"Acho que neste momento tenho formação suficiente, mas para o futuro talvez não (P1)"; "(...)sim, neste momento acho que tenho, no futuro talvez não se não houver atualizações (P7)"; "(...) em relação a muitas pílulas do mercado, acho que não me dão a formação que eu preciso (P3)."*

Duas das participantes referem que não sentem necessidade de formação porque não praticam, conforme explica: *"aqui na USF, como tu sabes, eu não coloco DIUs nem implantes, os nossos médicos é que fazem essa técnica. Apesar da nossa especialidade o permitir, eu aqui não sinto essa necessidade de formação porque não pratico" (P2); "Eu pessoalmente não sinto necessidade atualmente.(P6)".*

Os resultados obtidos revelam, de uma forma geral, a importância e necessidade, atribuída pelo grupo à formação sobre contraceção, tal como é defendido por Lince-Deroche (2020), que refere que fornecer treino de atualização sobre contraceção pode contribuir para aumentar a capacidade e a qualidade dos serviços contracetivos, Deans (2019) que refere que os serviços de planeamento familiar disponíveis podem ser melhorados por meio de formação dos profissionais de saúde e Palma (2017) que salienta a importância de investimento na formação dos enfermeiros obstetras, de forma a estarem mais habilitados a intervir junto de mulheres que realizam IVG e (2021) em que refere que para fornecer aconselhamento contracetivo de qualidade é essencial treinar os profissionais.

No entanto, as razões apresentadas estão mais relacionadas com os aspetos técnico-científicos dos contraceptivos, do que com a melhoria da qualidade do aconselhamento no âmbito da contraceção. Mami Yamamoto (2023), concluiu no seu estudo que as parteiras precisam de adquirir não só conhecimentos gerais sobre contraceção, mas também conhecimentos aprofundados e competências de apoio como profissionais, para as mulheres. Neste sentido, os enfermeiros obstetras precisam adquirir, para além dos conhecimentos sobre o funcionamento dos vários contraceptivos, competências relacionais centradas no utente, para diminuir o viés de aconselhamento contraceptivo que implique coação.

Nos resultados do grupo, sobre formação, este aspeto não foi valorizado pelos participantes, o que vai contra o preconizado pela autora.

## 4. CONCLUSÃO

A qualidade do aconselhamento contraceutivo é importante na saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Importa estudar esta problemática nas duas vertentes, na população de utentes e de enfermeiros que lhes prestam aconselhamento contraceutivo.

Foi definido como objetivo geral, conhecer a qualidade do aconselhamento contraceutivo realizado por enfermeiros obstetras, o que se considera concretizado com este estudo misto. Conseguiu-se analisar a qualidade do aconselhamento contraceutivo percebido pelas mulheres que recebem cuidados de enfermagem especializados com enfermeiros obstetras. Identificaram-se fatores influenciadores do aconselhamento contraceutivo, assim como as necessidades formativas dos enfermeiros obstetras.

No estudo de abordagem quantitativa, de uma forma geral, as mulheres tiveram a perceção que receberam aconselhamento contraceutivo de qualidade. Constatou-se que à medida que a idade das mulheres, os abortos espontâneos e o número de gravidezes aumentam, diminui a perceção de qualidade do aconselhamento contraceutivo recebido, na dimensão **Relacionamento interpessoal**. Constatou-se também que nas mulheres portuguesas a perceção de qualidade do aconselhamento contraceutivo recebido aumenta, na dimensão **Desrespeito e Abuso**, ao contrário das mulheres com mais gravidezes, em que nesta dimensão, diminui a perceção. Nas restantes variáveis e dimensões, não existiu alteração da perceção de qualidade do aconselhamento contraceutivo recebido.

No estudo de abordagem qualitativa, constatou-se que o enfermeiro obstetra exerce a sua atividade de aconselhamento contraceutivo, maioritariamente em consultas de enfermagem autónomas. O seu contributo para a tomada de decisão da mulher é significativo, com a escuta ativa, a orientação e informação e, em menor contributo, o aconselhamento clínico e o atender à cultura da mulher/casal, a terem um papel relevante na escolha da mulher. A cultura e a religião são o fator que mais interfere na tomada de decisão da mulher, fato que é explicado pela constituição da população, com muitos migrantes, na área geográfica de influência. O preconceito e a coação poderão ser um fator importante na qualidade do aconselhamento contraceutivo realizado pelos enfermeiros obstetras, fato que poderá beneficiar de mais formação focada nos aspetos

relacionais do aconselhamento contraceutivo. Os enfermeiros obstetras identificam a importância de formação em contraceção, tanto para si como para os pares, pela relevância na sua prática diária.

Como limitações do estudo, na abordagem quantitativa, realça-se a amostra pequena e a limitação de tempo, que poderão ter influenciado negativamente o mesmo. Na abordagem qualitativa, como se trata de um estudo descritivo, não é possível a generalização dos resultados. No entanto, espera-se que seja utilizado como reflexão e contribua para a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados prestados às mulheres da instituição.

Conclui-se que este estudo misto tem implicações importantes na prática clínica dos enfermeiros obstetras, no ACES onde exercem, com uma melhor compreensão da população a quem prestam cuidados, dos fatores que influenciam o aconselhamento contraceutivo e das necessidades formativas dos enfermeiros. A formação em aconselhamento contraceutivo, incluindo a componente relacional, social e psicológica do aconselhamento contraceutivo, é uma eventual proposta à instituição, o que poderá melhorar a qualidade dos cuidados prestados no aconselhamento contraceutivo.

Como implicações para a investigação, a realização futura de comunicações científicas e de artigos e a partilha dos resultados desta pesquisa com a instituição e com a comunidade científica podem contribuir para a melhoria do conhecimento nesta área, sensibilizando outros profissionais envolvidos no aconselhamento contraceutivo.

Como desafio futuro, a realização de um estudo mais abrangente a nível geográfico e eventualmente longitudinal, traria mais-valias para as mulheres e profissionais, no que se refere à melhoria da qualidade do aconselhamento contraceutivo recebido.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M. (2014) *Nursing Theorists and Their Work*. 8th Edition, Mosby, St. Louis.
- Allsop, D. B., Chelladurai, J. M., Kimball, E. R., Marks, L. D., & Hendricks, J. J. (2022). Qualitative methods with Nvivo software: A practical guide for analyzing qualitative data. *Psych*, 4(2). <https://doi.org/10.3390/psych4020013>
- Amado, J. (2014). *Manual de investigação qualitativa em educação*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-0879-2>
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Health Care for Underserved Women, Contraceptive Equity Expert Work Group, and Committee on Ethics. Patient-Centered Contraceptive Counseling: ACOG Committee Statement Number 1. *Obstet Gynecol*. 2022 Feb;139(2):350-353. [doi: 10.1097/AOG.0000000000004659](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004659). PMID: 35061341.
- American Psychological Association. (2022). *Publication manual of the American psychological association* (No. 1). : American Psychological Association. <http://lib.uok.ac.ir:8080/site/catalogue/230143>
- Assembleia da República. (1984). Lei no3/84 de 24 de março - Educação Sexual e Planeamento Familiar. In *Diário da República: Vol. 1a Série* (Issue 71, pp. 981–983). <https://files.dre.pt/1s/1984/03/07100/09810983.pdf>
- Assembleia da República. (17 de abril de 2007). Lei n.º 16/2007. Portugal. <https://dre.pt/application/conteudo/519464>
- Associação para o Planeamento da Família. (2023). *Métodos Contraceptivos | Associação para o Planeamento da Família*. <https://apf.pt/informacao-tematica/metodos-contracetivos/>
- Bardin, Laurence. *Análise de conteúdo / Laurence Bardin; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- Bonato, V. L. (2011). Gestão de qualidade em saúde: melhorando a assistência ao cliente. *O Mundo Da Saúde*, 2011(3), 319–331. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20113319331>

- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2017). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.
- Biggs, M. A., et al. (2020). The Fine Line Between Informing and Coercing: Community Health Center Clinicians' Approaches to Counseling Young People About. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 245–252. <https://doi.org/10.1363/psrh.12161>
- Brandi et al. (2018). An exploration of perceived contraceptive coercion at the time of abortion, Contraception, Volume 97, Issue 4, Pages 329-334, ISSN 0010-7824, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.12.009>.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches, Fifth Edition. Sage publications. [https://spada.uns.ac.id/pluginfile.php/510378/mod\\_resource/content/1/creswell.pdf](https://spada.uns.ac.id/pluginfile.php/510378/mod_resource/content/1/creswell.pdf)
- Deans, E. I., Batig, A. L., Cordes, S., Scribner, A. N., Nielsen, P. E., Jamieson, D. J., Lathrop, E., & Cwiak, C. (2019). A survey of family planning training, knowledge, and practices among health care providers within the military health system at joint base Lewis-McChord. Military Medicine, 184(5–6), e394–e399. <https://doi.org/10.1093/milmed/usy255>
- Dehlendorf, C., Krajewski, C., & Borrero, S. (2014). Contraceptive counseling: Best practices to ensure quality communication and enable effective contraceptive use. Clinical Obstetrics and Gynecology, 57(4), 659–673. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000059>
- Dehlendorf, C., Fox, E., Sobel, L., & Borrero, S. (2016). Patient-Centered Contraceptive Counseling: Evidence to Inform Practice. Current Obstetrics and Gynecology Reports, 5 (1), 55–63. <https://doi.org/10.1007/s13669-016-0139-1>
- Dehlendorf, C., Grumbach, K., Schmittiel, J. A., & Steinauer, J. (2017). Shared decision making in contraceptive counseling. Contraception, 95(5), 452–455. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.12.010>
- DiCenzo, N., Brandi, K., Getz, K., & Matthews, G. (2023). Characteristics Associated With Physician Bias in Contraceptive Recommendations. Women's Health Issues. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2023.08.003>

- Direção Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva.  
<http://www.dgs.pt>
- Doorenbos, A. Z. (2014). Mixed Methods in Nursing Research : An Overview and Practical Examples. Kango Kenkyu. The Japanese Journal of Nursing Research, 47(3), 207–217. <https://shre.ink/m1Xt>
- Ferreira, H., Barbosa, D., Aragão, V., Oliveira, T., Castro, R., Aquino, P.& Pinheiro, A. (2019). Determinantes Sociais da Saúde e sua influência na escolha dos métodos de controle de natalidade Rev. Bras. Enferm. Vol.72.nº4 Brasília july./aug.2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0574>
- Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação.
- Gonçalves, S. P., Gonçalves, J., & Marques, C. G. (2021). Manual de investigação qualitativa.
- Hill, Thomas P. L. (2005). *Statistics: Methods and Applications* (1st ed.). StatSoft, Inc.
- Hlongwa, M., Tlou, B., & Hlongwana, K. (2021). Healthcare providers' knowledge and perceptions regarding the use of modern contraceptives among adolescent girls in umlazi township, kwazulu-natal province, south africa. Pan African Medical Journal, 38, 1–12. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.38.124.20771>
- INE - População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Sexo, Grupo etário e Nacionalidade. <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011627>
- Jain, A., Aruldas, K., Mozumdar, A., Tobey, E., & Acharya, R. (2019). Validation of Two Quality of Care Measures: Results from a Longitudinal Study of Reversible Contraceptive Users in India. Studies in Family Planning, 50(2), 179–193. <https://doi.org/10.1111/sifp.12093>
- Kilander, H., Weinryb, M., Vikström, M., Petersson, K., & Larsson, E. C. (2022). Developing contraceptive services for immigrant women postpartum – a case study of a quality improvement collaborative in Sweden. BMC Health Services Research, 22(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07965-9>
- Lamb CR. Statistical briefing: which test? Vet Radiol Ultrasound. 2009 Jul-Aug;50(4):447.  
doi: 10.1111/j.1740-8261.2009.01565.x. PMID: 19697613.

<https://confluence.cornell.edu/download/attachments/234029209/Which%20tes t.pdf?api=v2&modificationDate=1388967304000&version=1>

- Lince-Deroche, N., Hendrickson, C., Moolla, A., Kgowedi, S., & Mulongo, M. (2020). Provider perspectives on contraceptive service delivery: Findings from a qualitative study in Johannesburg, South Africa. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4900-9>
- Mami YAMAMOTO, et al. (2023). A survey of contraceptive education and counseling provided by midwives. *Journal of Japan Academy of Midwifery* <https://doi.org/10.3418/jjam.JJAM-2022-0018>
- Martinez, L., & Ferreira, A. (2007). *Análise de Dados com SPSS*. Escolar editora.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2022). Relatório de Análise Preliminar dos Registos das Interrupções da Gravidez. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/interrupcoes-da-gravidez-por-opcao-da-mulher-registam-reducao-nos-ultimos-dez-anos-pdf.aspx>
- Moreno, A., et al. (2018). Plano de Desenvolvimento Social e de Saúde da Amadora. Núcleo Executivo CLAS da Amadora. Consultado em 21/09/2023 em <https://encr.pw/J52z7>
- Ministério da Saúde | Direção-Geral da Saúde. (2018). Relatório Dos Registos Das Interrupções da Gravidez |2018. 1–18.
- Ministério da Educação Decreto-Lei n. o 258/2000 de 17 de outubro. (n.d.).
- Nações Unidas, Declaração do Milénio das Nações Unidas. (2000). Nações Unidas. <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2001>.
- ONU. (1993). Declaração e Programa de Ação de Viena. Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. Portal De Direito Internacional, 14–25. [www.cedin.com.br](http://www.cedin.com.br)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário Da República*, 2.a Série, 85, 13560–13565.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3\\_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-enfermeiros-obstetras.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-enfermeiros-obstetras.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Recomendações para a Preparação para o Nascimento. Recomendação N.º 2 / 2012. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica.
- Palma, S., Presado, M. H., & Ayres-de-Campos, D. (2021). Perceção de enfermeiros portugueses sobre a tomada de decisão contraceptiva de mulheres após aborto voluntário: Contributo de um grupo focal (pp. 707–714).  
<https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.707-714>
- Palma, S., Presado, H., & Ayres-de-Campos, D. (2021). Validação e Adaptação Transcultural da Quality of Contraceptive Counseling Scale para a População Portuguesa. *Millenium*, 2(16), 83-92. DOI:  
<https://doi.org/10.29352/mill0216.25026>
- Palma, S., Taborda, A., Nunes, N., Cardoso, M. ., & Presado, H. (2021). The impact of contraceptive counseling on choice of method after voluntary termination of pregnancy: systematic review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(17), 11–20. <https://doi.org/10.29352/mill0217.21437>
- Palma, S.E.C. (2017). Interrupção Voluntária da Gravidez: o porquê desta escolha... (Dissertação de Mestrado), Escola Superior Enfermagem Lisboa. Lisboa.  
<http://hdl.handle.net/10400.2620992>
- Pazol, K., Robbins, C. L., Black, L. I., Ahrens, K. A., Daniels, K., Chandra, A., Vahratian, A., & Gavin, L. E. (2017). Receipt of selected preventive health services for women and men of reproductive age - United States, 2011-2013. *MMWR Surveillance Summaries*, 66(20), 1–36. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6620a1>
- Pender, N., Parsons, M. A., & Murdaugh, C. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*

- Polit, Denise F., Beck, Cheryl Tatano. (2018) Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice. 9ª edição. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. ISBN 9781496351296
- PORDATA - Interrupções voluntárias da gravidez nos estabelecimentos de saúde. (n.d.). Retrieved June 18, 2022, from <https://shre.ink/m1Xc>
- Qualtrics XM, Sample size calculator.  
<https://www.qualtrics.com/blog/calculating-sample-size/>
- Santos, B., Oliveira, D., Mota, E., Campos, A., Alves, Ma. J., & Bombas, T. (2022). Relatório de Análise Preliminar dos Registos das Interrupções da Gravidez.  
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/interruptoes-da-gravidez-por-opcao-da-mulher-registam-reducao-nos-ultimos-dez-anos-pdf.aspx>
- Santos, W., João, J., & Lima, P. M. (n.d.). Principais Instrumentos de Coleta de Dados Meta. <http://oliveirasan.wordpress.com>
- Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC), Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) e Sociedade Portuguesa de Medicina na Reprodução (SPMR). Consenso sobre contraceção 2020.  
[https://www.spdc.pt/images/SPDC\\_Consensos\\_2020\\_27Nov\\_Final\\_web\\_versao\\_livro\\_digital.pdf](https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_27Nov_Final_web_versao_livro_digital.pdf)
- Tumlinson, K., Pence, B. W., Curtis, S. L., Marshall, S. W., & Speizer, I. S. (2015). Quality of care and contraceptive use in urban Kenya. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 41(2), 69–79. <https://doi.org/10.1363/4106915>
- United Nations. (2015). Transforming Our World: The 2030 Agenda For Sustainable Development, 18. United Nations.  
<https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 4 ([https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2023/Feb/undesa\\_pd\\_2022\\_world-family-planning.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2023/Feb/undesa_pd_2022_world-family-planning.pdf))

- Victor, J. F., Lopes, M. V. de O., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 235–240. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002005000300002>
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (2ª edição). Lisboa: Edições Sílabo Vaz, A (2018) (Doctoral dissertation, Dissertação em Ciências Jurídico-Forenses: O Regulamento Geral de Proteção de Dados: Desafios e Impactos, Faculdade de direito da Universidade de Coimbra).
- World Health Organization. (2021). Health promotion glossary of terms 2021. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf>

## **ANEXOS**

ANEXO I - Escala *Quality of Contraceptive Counseling* - versão portuguesa

**“Quality of Contraceptive Counseling Scale – Versão Portuguesa  
(QCC-PT)**

**Escala de Qualidade de Aconselhamento Contraceutivo – Versão  
portuguesa**

(Palma, S., Presado, H. & Ayres-de-Campos, D., 2021)

Nas perguntas seguintes, existem um conjunto de afirmações sobre o aconselhamento contraceutivo. Não existem resposta certas nem erradas. Para responder assinale **colocando um “X”** na opção que melhor se enquadra com a sua opinião. Verifique, no final, se respondeu a todas as questões.

1	2	3	4
<b>Concordo Completamente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo Completamente</b>

1. Durante a consulta de aconselhamento contraceutivo/planeamento familiar pude expressar a minha opinião acerca das minhas necessidades.	1	2	3	4
2. Recebi informação sobre medidas de proteção contra as infeções sexualmente transmissíveis.	1	2	3	4
3. Compreendi as reações corporais relativas ao uso do método contraceutivo	1	2	3	4
4. Compreendi como utilizar os diferentes métodos abordados na consulta.	1	2	3	4
5. Recebi informação acerca de como agir se quisesse interromper o método que escolhi.	1	2	3	4
6. O prestador de cuidados explicou-me o que fazer se experienciasse alguma reação ao método que escolhi (como por exemplo: alergia, náuseas, vômitos, dores, metrorragias...).	1	2	3	4
7. Senti que a informação que partilhei com a prestadora de cuidados seria confidencial.	1	2	3	4
8. O prestador de cuidados deu-me o tempo que necessitava para refletir/explorar as minhas opções contraceutivas.	1	2	3	4
9. Senti que o prestador de cuidados demonstrou interesse sobre o meu estado de saúde global quando falávamos dos métodos contraceutivos.	1	2	3	4
10. O prestador de cuidados esteve interessada/demonstrou interesse nas minhas opiniões.	1	2	3	4
11. Eu senti-me escutada/ouvida pelo prestador de cuidados.				
12. Eu senti que o prestador de cuidados demonstrou pouco interesse devido à sua tendência para “julgar” as pessoas.	1	2	3	4
13. Eu senti repreensão pela minha idade.	1	2	3	4

14.O prestador de cuidados fez-me sentir desconfortável ao abordar a minha vida sexual (por exemplo: início da vida sexual ativa, preferências sexuais, número de parceiros sexuais e números de filhos.	1	2	3	4
15.O prestador de cuidados observou-me ou tocou-me de uma forma que me deixou desconfortável.	1	2	3	4

**Características Sociodemográficas:**

	<b>Idade (em anos)</b>	
<b>1</b>	16-20	
<b>2</b>	21-30	
<b>3</b>	31-40	
<b>5</b>	>40	

	<b>Nacionalidade</b>	

	<b>Escolaridade</b>	
<b>1</b>	1º ciclo do ensino básico (4º ano)	
<b>2</b>	2º ciclo do ensino básico (6º ano)	
<b>3</b>	3º ciclo do ensino básico (9º ano)	
<b>4</b>	Ensino secundário (12º)	
<b>5</b>	Ensino Superior	

	<b>Número de gravidezes</b>	

	<b>Número de partos</b>	

	<b>Número de abortos espontâneos</b>	

	<b>Número de interrupções voluntárias da gravidez</b>	

	<b>Outras situações (gravidez ectópica, interrupção da gravidez por razão médica)</b>	

## ANEXO II - Autorização da Comissão de Ética da Instituição

[REDACTED]

Exma. Senhora

Dr.ª Sara Edite de Sousa

[sara.figueiroa@campus.esel.pt](mailto:sara.figueiroa@campus.esel.pt)

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

1576/CES/2023

**Assunto: Qualidade do Aconselhamento Contracetivo Realizado por Enfermeiros EESMO.**

A Comissão de Ética para a Saúde da [REDACTED], apreciou o projeto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação do dia 03.03.2023 e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

[REDACTED]  
Presidente do Conselho Directivo da [REDACTED]

[REDACTED]

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I - Formulário online

# Qualidade do aconselhamento contracetivo realizado por Enfermeiros

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

*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.*

**Título do estudo:** Qualidade do Aconselhamento Contracetivo Realizado por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

### Investigadores:

Sara Edite Figueiroa Adegas de Sousa (1)

Maria Helena Presado(2)

(1) Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica no ACES [REDACTED] Portugal | Mestranda do 13º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Portugal | [sara.figueiroa@campus.esel.pt](mailto:sara.figueiroa@campus.esel.pt) | <https://orcid.org/0000-0003-4202-6121>

(2) Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa. Portugal | [mhpresado@esel.pt](mailto:mhpresado@esel.pt) | <https://orcid.org/0000-0002-6852-7875>

**Enquadramento:** este estudo será implementado no Agrupamento de Centros de Saúde da [REDACTED] (ACES), [REDACTED], IP, no âmbito do 13º Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com a orientação da Professora Doutora Maria Helena Presado.

**Explicação do estudo:** trata-se de um estudo descritivo, transversal, misto, em que se pretende estudar a qualidade do aconselhamento contracetivo através da aplicação de uma escala, validada para a população portuguesa, a todas as utentes que realizaram consulta de enfermagem de planeamento familiar no ACES [REDACTED], com Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO).

O objetivo geral definido é estudar a qualidade do aconselhamento contracetivo realizado por enfermeiros EESMO e os objetivos específicos são determinar a qualidade do aconselhamento contracetivo; identificar fatores influenciadores da qualidade do aconselhamento contracetivo e identificar as necessidades formativas dos enfermeiros EESMO.

Os critérios de inclusão englobam as utentes que realizaram consulta de enfermagem de planeamento familiar com um enfermeiro EESMO, que falam e escrevem bem português e que estão em idade fértil (15-49 anos).

A amostra será obtida por conveniência, abrangendo todas as utentes frequentadoras das consultas de enfermagem de planeamento familiar realizadas por EESMO.

A escala para preencher será em formulário online, serão incluídos dados sócio-demográficos, sendo fornecido o acesso ao formulário, pelo enfermeiro que realizou a consulta. No caso de dificuldade em aceder ao formulário online, será fornecido o mesmo em papel pelo enfermeiro da consulta. Ambas as formas de preenchimento serão precedidas do presente consentimento informado, livre e esclarecido e, após a sua assinatura, fornecida cópia à participante.

**Financiamento:** o estudo é financiado pelos próprios investigadores e teve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da [REDACTED] IP.

**Condições de participação:** a sua participação no estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo assistencial ou outro. Não existe compensação monetária pela sua participação. Não se antecipam riscos à sua participação no estudo. Poderá beneficiar, no futuro, do contributo dos resultados do estudo, numa maior formação dos enfermeiros EESMO em aconselhamento contraceutivo.

**Confidencialidade e anonimato:** será garantida a confidencialidade e anonimato. A escala preenchida online é anónima e o enfermeiro que realizou a consulta não terá acesso aos resultados individuais. Apenas as investigadoras terão acesso aos resultados globais de todos os formulários preenchidos online, protegidos por password, sem haver possibilidade de identificação da participante. Se for necessário o preenchimento em papel, fornecido pelo enfermeiro da consulta, o mesmo será colocado em envelope selado pela participante. Os questionários não terão qualquer elemento identificativo das utentes participantes, sendo previamente codificados e desta forma assegurando o anonimato. Serão recolhidos dados de saúde sensíveis dos participantes, nomeadamente no que se refere à história obstétrica, abrangidos pelas medidas de anonimato e proteção de dados referidos. Após a conclusão do estudo, todos os dados recolhidos serão destruídos ao fim de 1 ano.

Agradeço desde já a sua participação, com a convicção que irá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no futuro. Se pretender esclarecimentos adicionais pode contactar:

Sara Edite Figueiroa Adegas de Sousa - [sara.figueiroa@campus.esel.pt](mailto:sara.figueiroa@campus.esel.pt)

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

[REDACTED] IP

**\*Obrigatório**

1. Preenchi o consentimento informado, livre e esclarecido e fiquei com uma cópia \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

Sim

Dados Biográficos

2. Idade \*

---

3. Nacionalidade \*

---

4. Escolaridade \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 1º ciclo do ensino básico (4º ano)
- 2º ciclo do ensino básico (6º ano)
- 3º ciclo do ensino básico (9º ano)
- Ensino secundário (12º)
- Ensino Superior

5. Número de gravidezes \*

---

6. Número de partos \*

---

7. Número de abortos espontâneos \*

---

8. Número de interrupções voluntárias da gravidez \*

---

9. Outras situações (gravidez ectópica, interrupção da gravidez por razão médica) \*

---

Qualidade do  
Aconselhamento  
Contracetivo

Sara Palma (1) <https://orcid.org/0000-0002-4640-6458>

Helena Presado (1)

Diogo Ayres-de-Campos (2)

1 Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal

2 Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina | Hospital  
Universitário de Santa Maria, Departamento de Obstetrícia, Lisboa,  
Portugal

Troca de Informação

10. Durante a consulta de aconselhamento contracetivo/planeamento familiar pode expressar a minha opinião acerca das minhas necessidades. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo completamente

1

2

3

4

Discordo completamente

11. Recebi informação sobre medidas de prevenção contra as infeções sexualmente transmissíveis. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo completamente

1

2

3

4

Discordo completamente

12. Compreendi as reações corporais relativas ao uso do método contraceutivo. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo completamente

1

2

3

4

Discordo completamente

13. Compreendi como utilizar os diferentes métodos abordados na consulta. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo completamente

1

2

3

4

Discordo completamente

14. Recebi informação acerca de como agir se quisesse interromper o método que escolhi. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo completamente

1

2

3

4

Discordo completamente

15. O prestador de cuidados explicou-me o que fazer se experienciasse alguma reação ao método que escolhi (como por exemplo: alergia, náuseas, vômitos, dores, metrorragias...).

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo completamente

1

2

3

4

Discordo completamente

#### Relacionamento Interpessoal

16. Senti que a informação que partilhei com a prestadora de cuidados seria confidencial. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo completamente

1

2

3

4

Discordo completamente

17. O prestador de cuidados deu-me o tempo que necessitava para refletir/explorar as minhas opções contracetivas. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo completamente

1

2

3

4

Discordo completamente

18. Senti que o prestador de cuidados demonstrou interesse sobre o meu estado de saúde global quando falávamos dos métodos contraceptivos. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo completamente

1

2

3

4

Discordo completamente

19. O prestador de cuidados esteve interessada/ demonstrou interesse nas minhas opiniões. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo completamente

1

2

3

4

Discordo completamente

20. Eu senti-me escutada/ ouvida pelo prestador de cuidados. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo completamente

1

2

3

4

Discordo completamente

Desrespeito e Abuso

21. Eu senti que o prestador de cuidados demonstrou pouco interesse devido à sua tendência para julgar as pessoas. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo completamente

1

2

3

4

Discordo completamente

22. Eu senti repreensão pela minha idade. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo completamente

1

2

3

4

Discordo completamente

23. O prestador de cuidados fez-me sentir desconfortável ao abordar a minha vida sexual (por exemplo: início da vida sexual ativa, preferências sexuais, número de parceiros sexuais e números de filhos. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo completamente

1

2

3

4

Discordo completamente

24. O prestador de cuidados observou-me ou tocou-me de uma forma que me deixou desconfortável. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Concordo completamente

1

2

3

4

Discordo completamente

Obrigado pela sua participação!

APÊNDICE II - QR Code

## - Questionário -

### Qualidade do aconselhamento contraceptivo

Cara colega

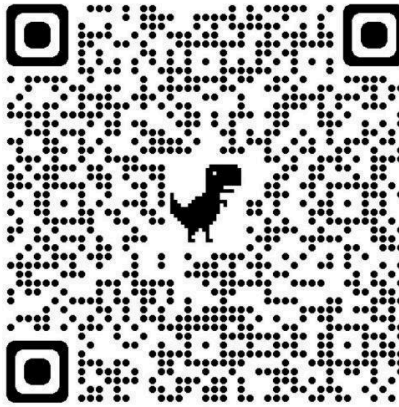
No âmbito do 13º Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e tendo por base a minha dissertação de natureza científica, venho solicitar o fornecimento deste questionário às utentes que realizaram consulta de enfermagem de planeamento familiar consigo.

É importante assegurar o seu preenchimento antes da consulta médica, no caso de esta se realizar, de forma a evitar viés de interpretação por parte da utente em relação ao prestador de cuidados. Da mesma forma, se a consulta médica foi realizada antes da consulta de enfermagem, o questionário não deve ser fornecido.

O questionário só deve ser fornecido a **utentes que saibam ler e escrever em português e que tenham entre 15 a 49 anos.**

Agradeço desde já o seu contributo.

Sara Sousa



## APÊNDICE III - Guião de Entrevista de Grupo

## GUIÃO DE ENTREVISTA DE GRUPO

O presente guião de entrevista de grupo serve de documento orientador para a realização das sessões de grupo focal, no âmbito do estudo “Qualidade do Aconselhamento Contraceutivo Realizado por Enfermeiros”.

**Participantes:** enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, num grupo de 8 elementos.

**Recolha de dados:** a sessão será presencial, gravada em vídeo e áudio, com a duração prevista de 60 a 90 minutos.

Será realizado o consentimento livre e esclarecido dos enfermeiros participantes, incluindo a captação de imagem e vídeo e fornecimento de cópia do consentimento.

Todos os dados recolhidos serão tratados com sigilo e anonimato.

Cada sessão compreenderá uma breve introdução, o desenvolvimento e as considerações finais.

<b>Sessão nº</b>	1
<b>Local</b>	██████████
<b>Data</b>	28/04/2023
<b>Hora Início</b>	13:00
<b>Hora de Fim</b>	14:10

### INTRODUÇÃO - 10 minutos

1. Apresentação da moderadora e dos participantes;
2. Apresentação da dinâmica de um grupo focal, importância da participação de todos, do tema e objetivos da sessão;
3. Divulgação do método de colheita de dados da sessão / gravação, bem como do anonimato dos envolvidos e preenchimento do termo de consentimento informado;
4. A duração aproximada da sessão (60 a 90 minutos);
5. Colheita dos dados sócio-demográficos.

<b>Características Sócio Demográficas</b>						
	Idade	Sexo	Anos de Experiência Profissional	Anos de EESMO	Anos de Experiência Profissional em Consulta de PF	Formação adicional em Contraceção e/ou Aconselhamento Contraceptivo
<b>DESENVOLVIMENTO - 40 a 70 minutos</b>						
<p>6. Em que contexto é que realizam consulta de PF ou aconselhamento contraceptivo?</p> <p>7. Qual é a percepção que têm das idades das utentes?</p> <p>8. Como é que o EESMO pode contribuir para a tomada de decisão contraceptiva da utente?</p> <p>9. Que fatores interferem na tomada de decisão contraceptiva das mulheres?</p> <p>10. Consideram ser difícil fazer aconselhamento contraceptivo sem fazer juízos de valor sobre a tomada de decisão contraceptiva das utentes? Por exemplo, em situações especiais, mulheres que fizeram IVG, adolescentes, mulheres com muitos filhos.</p> <p>11. Qual a importância que dão à formação sobre aconselhamento contraceptivo?</p> <p>12. Sentem que têm formação suficiente sobre aconselhamento contraceptivo?</p> <p>13. Consideram importante envolver os restantes colegas sem especialidade na formação sobre contraceção?</p> <p>14. Como poderia ser organizada essa formação para os colegas?</p>						
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS - 10 minutos</b>						
<p>15. A moderadora solicita que exponham comentários ou observações de algo particular que gostariam de abordar sobre o tema;</p> <p>16. Responde a dúvidas e encerra a sessão.</p>						

## APÊNDICE IV - Consentimento Informado para utentes

# CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

*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.*

**Título do estudo:** Qualidade do Aconselhamento Contracetivo Realizado por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

## Investigadores:

Sara Edite Figueiroa Adegas de Sousa <sup>(1)</sup>

Maria Helena Presado<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica no ACES [REDACTED] Portugal | Mestranda do 13º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | sara.figueiroa@campus.esel.pt | <https://orcid.org/0000-0003-4202-6121>

<sup>(2)</sup> Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa, Portugal | mhpresado@esel.pt | <https://orcid.org/0000-0002-6852-7875>

**Enquadramento:** este estudo será implementado no Agrupamento de Centros de Saúde [REDACTED] no âmbito do 13º Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com a orientação da Professora Doutora Maria Helena Presado.

**Explicação do estudo:** trata-se de um estudo descritivo, transversal, misto, em que se pretende estudar a qualidade do aconselhamento contracetivo através da aplicação de uma escala, validada para a população portuguesa, a todas as utentes que realizaram consulta de enfermagem de planeamento familiar no ACES [REDACTED], com Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). O objetivo geral definido é estudar a qualidade do aconselhamento contracetivo realizado por enfermeiros EESMO e os objetivos específicos são determinar a qualidade do aconselhamento contracetivo; identificar fatores influenciadores da qualidade do aconselhamento contracetivo e identificar as necessidades formativas dos enfermeiros EESMO. Os critérios de inclusão englobam as utentes que realizaram consulta de enfermagem de planeamento familiar com um enfermeiro EESMO, que falam e escrevem bem português e que estão em idade fértil (15-49 anos). A amostra será obtida por conveniência, abrangendo todas as utentes frequentadoras das consultas de enfermagem de planeamento familiar realizadas por EESMO. A escala para preencher será em formulário online, serão incluídos dados sócio-demográficos, sendo fornecido o acesso ao formulário, pelo enfermeiro que realizou a consulta. No caso de dificuldade em aceder ao formulário online, será fornecido o mesmo em papel pelo enfermeiro da consulta. Ambas as formas de preenchimento

<sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdio/2001/01/002A00/00140036.pdf>

serão precedidas do presente consentimento informado, livre e esclarecido e, após a sua assinatura, fornecida cópia à participante.

**Financiamento:** o estudo é financiado pelos próprios investigadores e teve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da [REDACTED].

**Condições de participação:** a sua participação no estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo assistencial ou outro. Não existe compensação monetária pela sua participação. Não se antecipam riscos à sua participação no estudo. Poderá beneficiar, no futuro, do contributo dos resultados do estudo, numa maior formação dos enfermeiros EESMO em aconselhamento contraceutivo.

**Confidencialidade e anonimato:** será garantida a confidencialidade e anonimato. A escala preenchida online é anónima e o enfermeiro que realizou a consulta não terá acesso aos resultados individuais. Apenas as investigadoras terão acesso aos resultados globais de todos os formulários preenchidos online, protegidos por password, sem haver possibilidade de identificação da participante. Se for necessário o preenchimento em papel, fornecido pelo enfermeiro da consulta, o mesmo será colocado em envelope selado pela participante. Os questionários não terão qualquer elemento identificativo das utentes participantes, sendo previamente codificados e desta forma assegurando o anonimato. Serão recolhidos dados de saúde sensíveis dos participantes, nomeadamente no que se refere à história obstétrica, abrangidos pelas medidas de anonimato e proteção de dados referidos. Após a conclusão do estudo, todos os dados recolhidos serão destruídos ao fim de 1 ano.

Agradeço desde já a sua participação, com a convicção que irá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no futuro. Se pretender esclarecimentos adicionais pode contactar:

Sara Edite Figueiroa Adegas de Sousa - [sara.figueiroa@campus.esel.pt](mailto:sara.figueiroa@campus.esel.pt)

[REDACTED]

**Assinatura e data:**

Assinado por: **SARA EDITE FIGUEIROA ADEGAS DE SOUSA**  
Num. de Identificação: 11338302  
Data: 2023.02.10 02:14:36+00'00'

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. 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 pelo/a investigador/a.*

Nome: .....

Assinatura: .....

Data: ..... / ..... / .....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 3 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: .....

BI/CD Nº: ..... DATA OU VALIDADE ..... /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

ASSINATURA .....

## APÊNDICE V - Consentimento Informado para Enfermeiros

# CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

*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.*

**Título do estudo:** Qualidade do Aconselhamento Contraceutivo Realizado por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

## Investigadores:

Sara Edite Figueiroa Adegas de Sousa <sup>(1)</sup>

Maria Helena Presado<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica no ACES [REDACTED] Portugal | Mestranda do 13º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | sara.figueiroa@campus.esel.pt | <https://orcid.org/0000-0003-4202-6121>

<sup>(2)</sup> Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa, Portugal | mhpresado@esel.pt | <https://orcid.org/0000-0002-6852-7875>

**Enquadramento:** este estudo será implementado no Agrupamento de Centros de Saúde [REDACTED] no âmbito do 13º Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com a orientação da Professora Doutora Maria Helena Presado.

**Explicação do estudo:** trata-se de um estudo descritivo, transversal, misto, com recurso à metodologia de grupo focal, através da realização de entrevista de grupo a enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica que realizam consultas de enfermagem de planeamento familiar, no ACES [REDACTED]. A sessão de entrevista de grupo terá 8 participantes e será gravada em vídeo e áudio. Será efetuada dupla gravação para assegurar qualquer falha técnica que possa existir inadvertidamente. A realização da sessão e ambas as formas de recolha de dados serão precedidas do presente consentimento informado, livre e esclarecido e, após a sua assinatura, fornecida cópia ao participante. O objetivo geral definido é estudar a qualidade do aconselhamento contraceutivo realizado por enfermeiros EESMO e os objetivos específicos são determinar a qualidade do aconselhamento contraceutivo; identificar fatores influenciadores da qualidade do aconselhamento contraceutivo e identificar as necessidades formativas dos enfermeiros EESMO. Foi elaborado um guião da entrevista grupal que será seguido pela moderadora. Este inclui uma introdução, desenvolvimento e considerações finais.

**Financiamento:** o estudo é financiado pelos próprios investigadores e teve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da [REDACTED]

<sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/adf1sdlp/2001/01/002A00/00140036.pdf>

**Condições de participação:** a sua participação no estudo é voluntária. Não existe compensação monetária pela sua participação. Não se antecipam riscos e danos à sua participação no estudo (danos físicos, emocionais ou psicológicos, desconforto ou stress). No entanto, no sentido de minimizar e gerir o risco possível, o participante pode interromper a qualquer momento a sua participação. O guião da entrevista de grupo, assegura que a sua participação seja dentro da temática previamente conhecida. Poderá beneficiar, no futuro, do contributo dos resultados do estudo, numa maior formação dos enfermeiros EESMO em aconselhamento contraceutivo.

**Confidencialidade e anonimato:** será garantida a confidencialidade e anonimato. A recolha de dados de vídeo e áudio será mantida em confidencialidade, em ficheiros digitais com recurso a password apenas acessível pelas investigadoras. O tratamento dos dados será realizado em anonimato com recurso a um software de análise de dados qualitativos. Os dados sócio-demográficos recolhidos serão anónimos. Os consentimentos assinados serão recolhidos em envelope selado pelo próprio participante e não identificáveis por fora. Após a conclusão do estudo, todos os dados recolhidos serão destruídos ao fim de 1 ano.

Agradeço desde já a sua participação, com a convicção que irá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no futuro.

Sara Edite Figueiroa Adegas de Sousa



sara.figueiroa@campus.esel.pt

Assinado por: SARA EDITE FIGUEIROA ADEGAS DE SOUSA  
Num. de Identificação: 11338302  
Data: 2023.02.10 02:02:44+00'00'

Assinatura e data:

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo, assim como 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 pelo/a investigador/a.*

Nome: .....

Assinatura: .....

Data: ..... / ..... / .....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE