

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

Relatório de Estágio

**Olhar a Sexualidade Masculina na Gravidez:
Desenvolvimento de Competências do EEESMO**

Sofia Alexandra Diniz Gonçalves

Lisboa

2018



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

Relatório de Estágio

**Olhar a Sexualidade Masculina na Gravidez:
Desenvolvimento de Competências do EEESMO**

Sofia Alexandra Diniz Gonçalves

Orientador: Isabel Serra

Co-Orientador: Irene Soares

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“ A nossa dignidade consiste no pensamento.
Procuremos pois pensar bem.
Nisto reside o princípio da moral.”*

(Blaise Pascal,s.d.)

Muitos feixes de luz foram necessários para iluminar esta caminhada de busca de conhecimento. Precisaria de um espaço inesgotável para registar toda a minha gratidão, a todos que de alguma forma contribuíram para esta construção.

Ao terminar este Dossier de Estágio resta-me registar os meus sinceros agradecimentos às individualidades que de várias formas contribuíram para que se tornasse numa realidade.

A todos o meu profundo agradecimento.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

APPT	Ameaça de Parto Pré-Termo
CMESMO	Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
CTG	Cardiotocografia
DGS	Direção Geral de Saúde
Enf.^a	Enfermeira
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ESMO	Enfermeiro de Saúde Materna e Obstetrícia
EESMO	Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstétrica
EEESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
EESMOG	Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica
EEESMOG	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
HELLP	
IMC	International Conferation of Midwives
PCC	População; Conceito; Contexto
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-nascido
RPMPT	Rutura Prematura de Membranas pré-termo
SUOG	Serviço Urgência Obstétrica e Ginecológica

RESUMO

O presente Relatório de Estágio encontra-se integrado no 7º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, o qual reflete o percurso de aprendizagem realizado no Estágio com Relatório, centrando-se no desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) e de mestre, descrevendo as atividades desenvolvidas. Assim como todo o percurso efetuado para desenvolver a temática por mim proposta, de acordo com o plano de estudo do CMESMO, durante os cuidados de enfermagem especializados abordando a temática da sexualidade masculina na gravidez.

Para desenvolvimento das competências, sobre a temática escolhida, foi efetuado uma *Scoping Review* segundo a metodologia de *Institute Joanna Briggs*.

Os cuidados de Enfermagem foram prestados de acordo como o modelo teórico de Enfermagem de Nancy Roper.

Dos dados obtidos pude constatar que existem alterações na sexualidade masculina por medos e dúvidas relacionadas com as relações sexuais na gravidez, desconforto das parceiras; desconhecimento das alterações sexuais femininas durante a gravidez. O companheiro sente necessidade de informação para se adaptar à nova condição de vida, contudo a maioria dos Profissionais de Saúde não se sente muito à vontade em abordar a temática. Os companheiros esperam dos Enfermeiros Especialistas apoio e informação para desenvolver mecanismos de *coping*, para se readaptarem à sexualidade. Os resultados encontram-se de acordo com a evidência científica encontrada.

Esses mesmos resultados permitem-me identificar o conhecimento dos companheiros sobre as mudanças sexuais femininas durante a gravidez, as alterações sexuais sentidas pelos companheiros, e as necessidades sentidas de forma a desenvolver mecanismos de *coping* para as ultrapassar, permitindo, assim, a criação de programas de intervenção precoce, devidamente contextualizados e avaliados pelos enfermeiros especialistas.

Palavras-Chave: Sexualidade Masculina, Gravidez, EEESMO

ABSTRACT

The present Internship Report is integrated in the 7th Master and Post-Graduate Course in Maternal Health and Obstetrics of Lisbon Higher School of Nursing, which reflects the learning path carried out in the Internship with Report, focusing on the development of the skills of Specialist Nurse in Maternal Health and Obstetrics and Masters, describing the activities carried out. As well as all the path carried out to develop the theme proposed by me, in accordance with the CMESMO study plan, during the specialized nursing care, addressing the theme of male sexuality in pregnancy.

A *Scoping Review* was undertaken, according the methodology of *The Joanna Briggs Institute*, to develop skills on the chosen theme. Nursing care were provided according the theoretical Nancy Roper Model of Nursing.

From the data obtained with the male partners, I could determine that there are changes in male sexuality due to fears and doubts related to sexual intercourse in pregnancy, female partners' discomfort and a lack of knowledge about female sexual changes during the pregnancy. Men feel the need of information to adapt to the new condition of life. However, most of Health Professionals do not feel comfortable in addressing the issue. The male partners expect support and information from the Specialist Nurses to develop mechanisms of coping, allowing them to feel readapted to sexuality. The results are in accordance with the scientific evidence found.

The results allow us to identify the partners' knowledge about the female sexual changes during pregnancy, the sexual modifications experienced by the male partners, and other needs in order to develop coping mechanisms to overcome those changes. This enables the creation of precocious intervention programs, duly contextualized and evaluated by the specialist nurses.

Keywords: Male Sexuality, Pregnancy, EEESMO

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO	19
2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	21
3. MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM: Nancy Roper	23
4. Objetivos do Estágio com Relatório: Desenvolvimento de Competências EEESMO	25
4.1. Objetivo 1	26
4.2. Objetivo 2	32
4.3. Objetivo 3	50
4.4. Objetivos Pessoais:	54
4.4.1. Objetivo 4	55
4.4.2. Objetivo 5	58
4.4.3. Objetivo 6	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma

**APÊNDICE II – Identificação das Necessidades dos
Companheiros nos Ensinos Clínicos e
Estágio com Relatório**

APÊNDICE III – Caracterização do local de Estágio

APÊNDICE IV – Modelo Teórico de Enfermagem: Nancy Roper

APÊNDICE V – Etapas do *Scoping Review*

APÊNDICE VI – Evidência Científica

APÊNDICE VII – Guião

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 7º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), que decorreu no Serviço de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica de um Hospital da Margem Sul do Tejo, entre o dia 6 de Março e o dia 7 de Julho de 2017, com o total de 750 horas, das quais 500 horas foram de estágio e 250 horas de trabalho autónomo.

O relatório de estágio tem a finalidade de descrever, fundamentar e analisar criticamente e de forma reflexiva as atividades desenvolvidas durante o estágio, de acordo com as Competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (O.E., 2010) e em consonância com a Confederação Internacional das Parteiras (ICM – *International Confederation of Midwives*, 2013), de forma a desenvolver uma prática baseada na evidência, promovendo o aumento da qualidade dos cuidados prestados e influenciando a mudança na área da saúde e dos cuidados de Enfermagem.

Na sua realização, tive em consideração a finalidade delineada pela ESEL, para a Unidade Curricular Estágio com Relatório, na qual se pretende desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal.

Segundo a O.E. (2010a), os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMOG) são responsáveis, no exercício da sua prática profissional, por todas as intervenções autónomas decorrentes da gravidez de baixo risco (situações decorrentes de processos fisiológicos e de vida normais do ciclo reprodutivo da mulher) e de intervenções interdependentes em situações de médio ou alto risco, as quais envolvem processos patológicos e disfuncionais do ciclo reprodutivo da mulher.

De acordo com esta finalidade, foram delineados os objetivos norteadores do Estágio com Relatório, que segundo as orientações pedagógicas foram:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à grávida/mulher e família que recorre ao SUOG, em situação de saúde ou de risco, durante o período pré-natal, promovendo a saúde e bem-estar da mulher/RN/família.
- Prestar cuidados de Enfermagem Especializados à mulher/RN/família, nos diferentes estádios de trabalho de parto, puerpério e período neonatal, contribuindo para a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal, de forma a promover a saúde e bem-estar da mulher/RN/família;
- Mobilizar a evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna, obstetrícia e ginecologia.

Na sequência do exposto e de acordo com o plano de estudos proposto previamente pelo CMESMO para se atingir os objetivos preconizados para o estágio com relatório, existe um objetivo que foi selecionado por mim tendo em conta o meu interesse. Assim, face a isso a temática escolhida e desenvolvida no decorrer do Estágio, recaiu sobre a sexualidade masculina na gravidez, sendo o título **“Olhar a Sexualidade Masculina na Gravidez: Desenvolvimento de Competências do EEESMO”**.

Desta forma, delineei três objetivos pessoais, relacionados com a temática a desenvolver durante o estágio, que foram os seguintes:

- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área da sexualidade masculina durante a gravidez;
- Identificar as dificuldades sexuais mencionadas pelos homens no decorrer da gravidez da companheira;
- Identificar as necessidades formativas/informativas mencionadas pelos homens sobre a sexualidade durante a gravidez.

A escolha desta temática deve-se ao facto de a sexualidade humana ser um tema tabu e, como tal, pouco abordado tanto pela sociedade como pelos EEESMO, que, muitas vezes, só a abordam quando questionados pelos utentes.

Segundo Polomeno (2011), os Educadores Perinatais devem dar relevância à forma como o homem vive a sua sexualidade durante os três trimestres da gravidez, assim como a todas as implicações que este período comporta.

As inúmeras alterações psicofisiológicas da mulher são conhecidas e largamente abordadas durante o acompanhamento pré-natal, sendo a sexualidade neste período menosprezada.

Sustentando a minha afirmação, importa referir Carteiro e Marques (2013) quando mencionam que o companheiro é, grande parte das vezes, esquecido e pouco auxiliado no processo de transição durante os cuidados pré-natais e que a comunidade científica não tem atribuído o verdadeiro valor à forma como o homem vive o período pré-natal nem à sua implicação na sexualidade.

De acordo com os pressupostos atrás referidos, pretendi desenvolver as competências especializadas nesta área. Para adquirir conhecimentos sobre a temática foi realizada uma *Scoping Review*.

Estes conhecimentos da investigação científica foram mobilizados no estágio, de forma a identificar a forma como a sexualidade é vivenciada na gravidez pelos companheiros (conhecimento das mudanças sexuais femininas, medos, dúvidas e desconfortos sexuais femininos e masculinos), qual a postura dos Profissionais de Saúde na visão dos companheiros, assim como identificar o que esperam os companheiros dos EEESMO no que toca aos cuidados de saúde ligados à sua sexualidade durante o período pré-natal.

O modelo de cuidados utilizado no decorrer do estágio, no Serviço de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica, para identificar as necessidades das parturientes e companheiros foi o Modelo de Enfermagem de Nancy Roper.

As informações obtidas acerca da problemática da sexualidade do homem durante a gravidez, segundo as mulheres e seus companheiros, tiveram por base um guião que me serviu de fio condutor para a conversa tida com ambos, durante a minha prestação de cuidados. Conversa essa que foi informal, que ocorreu durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Este estudo realizado, foi planeado previamente nos anteriores ensinamentos clínicos, como se pode observar no apêndice I (Apêndice I, cronograma desenvolvido, assim como as intervenções e resultados previstos). De acordo com este planeamento, a identificação das dificuldades sexuais e das necessidades formativas/informativas dos companheiros seriam realizadas durante os três Ensinos Clínicos e o Estágio com Relatório, porém não me foi possível aplicá-la em todos os

casos, conforme pode ser observado no Apêndice II (Identificação das necessidades dos companheiros nos ensinamentos clínicos e estágio com relatório).

Estruturalmente, o relatório encontra-se organizado em sete componentes: a primeira componente é constituída pela contextualização do Estágio com Relatório, a segunda componente é constituída por a caracterização do local de estágio. A terceira componente contempla o Modelo Teórico de Enfermagem; na quarta componente encontram-se as atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos estipulados, assim como as competências adquiridas como EEESMOG, interligando o processo reflexivo com a teoria que emergiu das pesquisas bibliográficas efetuadas.

A temática proposta a ser desenvolvida ao longo do estágio, encontra-se no subcapítulo 4.4.: objetivos pessoais: 4.4.1. objetivo 4, 4.4.2 objetivo 5 e 4.4.3. objetivo 6. De seguida, na quinta componente, encontram-se as considerações finais, onde se pode encontrar as competências adquiridas sucintamente, o resultado do trabalho desenvolvido e o contributo do presente relatório. Posteriormente, encontram-se as referências bibliográficas e os apêndices.

Os apêndices encontram-se divididos em oito partes: o apêndice I é composto pelo cronograma, no apêndice II encontra-se a identificação das necessidades dos companheiros nos ensinamentos clínicos/estágio com relatório; no apêndice III observa-se a caracterização do local de estágio; no apêndice IV pelo Modelo Teórico de Enfermagem: Nancy Roper; apêndice V é composto pelas etapas do *Scoping Review*; o apêndice VI é formado pela evidência científica (do *Scoping Review*); e, por fim, o apêndice VII, que é formado pelo guião.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

O Estágio decorreu no Serviço de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica de um Hospital Central da Margem Sul do Tejo, no período que decorreu entre o dia 6 de Março e o dia 7 Julho de 2017, sob a orientação da Professora Isabel Serra, da Enfermeira Orientadora do serviço e da restante equipa de saúde.

Gostaria, antes de mais, de salientar que todos me proporcionaram importantes momentos de aprendizagem.

Os autores Silva e Silva (s.d., p. 103) referem que os alunos só quando inseridos na equipa de enfermagem, conseguem estabelecer “relações mais equitativas e próximas entre os enfermeiros do exercício, aprendendo com eles a “enfermagem prática” e a facilitar a inserção futura no mundo do trabalho através das regras de funcionamento da organização”.

Nos próximos capítulos poder-se-á observar a caracterização do local de Estágio, o Modelo Teórico de Enfermagem: Nancy Roper e os seus objetivos para o presente estágio com relatório.

2. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O estágio decorreu no Serviço de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) de um Hospital Central da Margem Sul do Tejo que serve três concelhos, abrangendo aproximadamente 332 299 habitantes, com cuidados diferenciados para a população feminina.

Segundo o Relatório de Contas deste Hospital, relativo ao ano 2016, foram prestados cuidados diferenciados no SUOG a 17 102 mulheres, das quais 14 090 tiveram assistência sem necessidade de internamento.

De forma a garantir cuidados às mulheres desta zona geográfica, o serviço de SUOG presta assistência não só a grávidas mas também a todas as mulheres com patologia ginecológica, das quais se destacam situações de hemorragia genital (como metrorragia), dor pélvica, prurido e corrimento vaginal associado a infeções ginecológicas. Em relação à área da Obstetrícia, recorrem por dor abdomino-pélvica, gravidez ectópica, contratilidade dolorosa associada ao trabalho de parto termo ou pré-termo, ameaça de parto pré-termo, rotura prematura de membranas, abortos retidos, diminuição de movimentos fetais, sinais de pré-eclampsia (que muitas vezes evoluem para Síndrome de HELLP), principalmente durante a gravidez. Contudo, também existem situações no pós-parto (hemorragias pós-parto e sinais/sintomas associados a retenção de restos de produtos de concepção) que levam as mulheres a recorrer ao hospital.

O SUOG é constituído por uma sala de triagem, por gabinetes médicos (todos eles equipados para a observação ginecológica e com ecógrafos), por uma sala de tratamentos, na qual se realizam os CTG, uma sala de recobro, para as cirúrgicas de ambulatório realizadas no Bloco Operatório do SUOG, com internamentos de curta duração.

O SUOG comunica com o Bloco de Partos através de uma porta lateral.

O Bloco de Partos é composto pelo gabinete da Enfermeira Chefe. De seguida, encontra-se a Sala de Dilatação e Pós-Parto, onde se encontram as grávidas e parturientes que necessitam de cuidados diferenciados, na qual existe todo o tipo de material necessário para realizar o trabalho de parto e parto.

A seguir, encontram-se as boxes, apetrechadas com todo o tipo de material para partejar, assim como todo o material necessário para fazer partos em posições verticalizadas. Ainda é possível a utilização de bolas de pilates para os posicionamentos.

O serviço tem também duas salas de bloco operatório, onde se realizam as cesarianas e/ou outras cirurgias ginecológicas/obstétricas.

O Bloco de Partos tem também um berçário, onde são prestados os cuidados necessários ao recém-nascido após o nascimento.

E, por último, este serviço ainda comporta uma sala de recobro, que está equipada com material de monitorização para as grávidas/parturientes em situações de risco do bem-estar materno e por cardiotocógrafos, para avaliar o bem-estar fetal; também é utilizada para o pós-operatório de cesarianas e/ou vigilância hemodinâmica de puérperas em situações de risco (Pré-eclampsia e Síndrome HELLP).

Os acompanhantes das grávidas e parturientes podem acompanhá-las durante o internamento no bloco de partos.

A equipa obstétrica é composta por 5 ou 6 elementos, que se distribuem entre o Bloco de Partos e o SUOG. A equipa de anestesia é formada por 2 anestesistas que ficam de chamada ao bloco operatório e por um neonatologista de urgência.

A equipa de Enfermagem é formada por 36 EEESMOG, por 8 enfermeiros generalistas, pelos enfermeiros-chefes de equipa, que são especialistas, e pela Enfermeira Chefe. Os enfermeiros são divididos por três turnos, sendo cada equipa composta por cerca de 6/7 enfermeiros (sendo maioritariamente EEESMOG), englobando a chefe de equipa no número de elementos; os enfermeiros são divididos pelo SUOG (2 elementos) e Bloco de Partos (4/5 elementos).

Cada turno tem sempre uma chefe de equipa, cuja função é fazer a distribuição dos elementos da equipa pelos serviços e pelas grávidas/parturientes.

A pela equipa é distribuída pelos blocos operatórios, pelo recobro, berçário e reanimação neonatal, para verificação dos equipamentos, materiais e sua reposição.

Este Hospital realiza em média 3000 partos por ano. Contudo, no ano de 2016 foram realizados 2 695 partos, dos quais 1 662 partos foram eutócicos e 1 033 distócicos, com 704 cesarianas, apresentando uma taxa de 26,1%.

No apêndice III pode-se observar este capítulo mais pormenorizadamente.

3. MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM: Nancy Roper

O presente relatório de estágio encontra-se sustentado no modelo conceptual de Nancy Roper, que faz referência às atividades de vida que podem estar alteradas devido a problemas, potenciais ou reais, em situações temporárias (agudos) ou permanentes. É um reflexo da realidade e um modelo de orientação para os cuidados de enfermagem.

O modelo de Nancy Roper inclui doze atividades de vida: manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração, comer e beber, eliminar, cuidados de higiene e vestuário, controlar a temperatura do corpo, mobilidade, trabalho e lazer, “expressão da sexualidade”, dormir/sono e morrer (Tomey & Alligood, 2002)

A atividade de vida com maior relevância nesta temática, que foi por mim desenvolvida é a “expressão da sexualidade”, pois a temática abordada é a sexualidade masculina na gravidez, com a qual se pretende desenvolver algumas das competências dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica.

Segundo Pokorny (2014), as atividades de vida são formadas por conhecimentos, comportamentos e atitudes, influenciadas por vários fatores: biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político- económicos.

A resposta que cada indivíduo dá à interação das atividades de vida com os fatores acima mencionados é única, alternável com o estágio do ciclo vital, tendo em conta o *continuum* de dependência/independência. Os cuidados prestados têm em vista a promoção da saúde, prevenção da doença e o desenvolvimento de mecanismos de *coping* face à doença, reabilitação e doença crónica. Pois o indivíduo torna-se independente nas atividades de vida ao longo do ciclo vital e a sua dependência não altera a sua dignidade (Tomey & Alligood, 2002).

Desta forma, um homem que teve sempre uma sexualidade satisfatória ao longo do seu relacionamento não muda a sua dignidade se apresentar alterações nesta atividade por motivos que se prendem com a fisiologia da gravidez ou por ocorrerem alterações temporárias nesta atividade.

Dentro do contexto de cuidados, os enfermeiros cuidam em parceria com o paciente - que é autónomo e tem capacidade de tomada de decisão -, auxiliando-o a

prevenir, aliviar, resolver ou lidar positivamente com os problemas (reais ou potenciais) (Tomey & Alligood, 2002).

O EESMO tem que intervir, para prevenir que problemas potenciais se tornem reais, ou seja, tem que instruir e ajudar a desenvolver mecanismos de *coping* para que problemas relacionados com a sexualidade na gravidez não interfiram com a relação afetiva do casal ao longo da mesma, e que possa ter consequências no futuro da relação do mesmo (distanciamento afetivo e sexual do casal).

Tendo em conta os conceitos do meta-paradigma de Enfermagem, o modelo de Nancy Roper aborda os conceitos da seguinte forma: Enfermagem, tem a função de prevenir e ajudar nos problemas potenciais relacionados com as atividades de vida, para que não se tornem reais; desenvolvendo em simultâneo com o indivíduo mecanismo de *coping* para resolver os problemas de forma positiva; Pessoa, refere-se à individualidade do cliente, tendo em conta a satisfação das suas atividades de vida; Saúde, é vista como forma de prevenir que os problemas potenciais se tornem reais; Ambiente, abrange a dimensão física externa da pessoa, assim como, o seu relacionamento com os fatores psicológicos, sócio-culturais e ambientais (Roper, Logan & Ticerney, 1995).

Transpondo estes conceitos, para a problemática em questão, o Enfermeiro deve ampliar as competências para ajudar o companheiro a readaptar-se à sexualidade na gravidez, desmistificando a problemática e esclarecendo as suas dúvidas, evitando que se passe de um problema potencial a um problema real.

O companheiro é um ser sexual, tem uma identidade sexual e a forma como a sexualidade se expressa varia de acordo com a dimensão sócio- cultural, biológica e psicológica. E o EEESMO tem de identificar a dimensão sócio-cultural, biológica e psicológica do companheiro, mesmo que alguma informação provenha da companheira, para adequar as suas intervenções ao mesmo, sobre a temática, para evitar que este se sinta constrangido.

O EEESMO deve ter em consideração que abordar a temática da sexualidade exige tato, sensibilidade, tolerância e conhecimento. E ainda mais importante é que exige que o Enfermeiro se sinta bem quanto à sua própria sexualidade e à-vontade para abordar e discutir assuntos de sexualidade com outras pessoas.

No apêndice IV pode-se encontrar o Modelo Teórico de Enfermagem mais desenvolvido.

4. OBJETIVOS DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EEESMO

De acordo com as diretrizes pedagógicas que me foram transmitidas, a finalidade deste ensino clínico foi a de desenvolver as competências na prestação de cuidados especializados à mulher/ recém-nascido/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal e a vertente de cuidados à mulher com patologia na área ginecológica/obstétrica de modo a contribuir para a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, perinatal e/ou neonatal.

Segundo Scalabrin e Molinari (s.d., p.2), o “estágio é uma prática de aprendizagem por meio do exercício de funções referentes à profissão que será exercida no futuro e que adiciona conhecimentos práticos aos teóricos aprendidos nos cursos”.

O presente estágio com relatório e os ensinamentos clínicos anteriores, permitiram-me desenvolver as competências de EEESMO, para além de me possibilitarem o contacto direto com as intervenções de enfermagem exercidas em cada local, assim como o papel de cada elemento nos cuidados à mulher/grávida/puérpera e recém-nascido em conjunto com a família.

Irei abordar a minha experiência no SUOG posteriormente (objetivo 3), mas posso adiantar que foi uma experiência enriquecedora, na qual consegui desenvolver a capacidade crítica de observação e de raciocínio sobre as várias situações presenciadas; tive de, inicialmente, identificar as problemáticas e as necessidades que estavam numa determinada situação clínica, de forma a poder identificar as diversas causas para uma determinada sintomatologia na utente.

Depois de conhecer o serviço e a dinâmica do mesmo, ter tido acesso às normas de funcionamento e aos protocolos do serviço, pude desenvolver a minha autonomia na prestação de cuidados e expandir as minhas competências.

De seguida, irei abordar os objetivos que me propus atingir de acordo com as competências Específicas do EEESMOG da Ordem dos Enfermeiros (2010a), que serão abordados detalhadamente. Abordarei também as respetivas estratégias para os atingir.

4.1. OBJETIVO 1

Segundo a Competência **H2** da Ordem do Enfermeiros (2010), delineei o primeiro objetivo: **Prestar cuidados de enfermagem especializados à grávida/mulher e família que recorre ao SUOG, em situação de saúde ou de risco, durante o período pré-natal, promovendo a saúde e bem-estar da mulher/RN/família.**

Os cuidados especializados prestados às grávidas no Bloco de Partos surgem no âmbito de vigilância do bem-estar materno-fetal, de situações que foram triadas no SUOG, como: ameaças de parto pré-termo em que na avaliação obstétrica do colo uterino se mantém sem alterações, e em que, com a administração da medicação tocolítica, a contratilidade uterina tem tendência a desaparecer (pois existem algumas situações em que a medicação não surte efeito e o trabalho de parto continua a evoluir), conseguindo prolongar a gravidez; outras situações, como grávidas que recorrem ao SUOG por cefaleias e com valores tensionais alterados que necessitavam de vigilância no Bloco de Partos para despistar a etiologia da crise hipertensiva, nas quais não se pretende que o parto seja induzido no momento, ou grávidas com contratilidade irregular, que ficam em vigilância no SUOG, sendo posteriormente transferidas para o Bloco de Partos para avaliação da progressão do trabalho de parto (que muitas vezes a contratilidade cessa com o aumento da hidratação), tendo posteriormente alta para o domicílio, ou, caso seja necessário, para manter a progressão da gravidez e do bem-estar materno-fetal são transferidas para o Serviço de Internamento de Grávidas. Outra situação que ocorre com frequência é a rutura prematura de membranas em grávidas sem trabalho de parto, e que em muitas situações se pretende manter a gravidez por mais algum tempo, devido aos riscos associados à grande prematuridade.

Conforme referi anteriormente, uma das situações em que as grávidas recorrem ao SUOG é a ameaça de parto pré-termo (APPT), que surge quando há contratilidade regular com formação do segmento inferior do útero e alterações do cérvix, antes das 37 semanas de gestação (Godinho e Campos, 2002).

A conduta adotada nesse momento é identificar a causa dessa contratilidade, como no caso das infeções do trato urinário ou desidratação materna e passar a uma conduta ativa, que é cessar a contratilidade de forma a evitar o parto.

As grávidas recorriam ao SUOG principalmente por desconforto pélvico-abdominal associado à contratilidade uterina, por desidratação, pois verificava-se que maioritariamente as grávidas haviam estado na praia ou a passear nas horas de maior calor.

Perante estas situações, mantive a calma, tentei demonstrar serenidade na abordagem que efetuava de forma a transmitir confiança nos cuidados de saúde prestados e a construir um ambiente tranquilo de modo a que a grávida/casal se sentisse bem e que confiasse nos profissionais de saúde que estavam a prestar-lhe cuidados.

Estas situações não eram fáceis de gerir e não sabia muito bem como abordar a grávida e o casal, mas, acima de tudo, dava-lhe espaço e tempo para refletirem sobre a situação que estavam a enfrentar e acima de tudo aplicava muita escuta ativa e deixava-os exporem tudo o que os incomodava, pois, muitas vezes, eram situações de alto risco de perda fetal ou de morbilidade com sequelas que só o tempo irá permitir identificar. Verifiquei que este pequeno gesto era muito importante para o casal diminuir o seu nível de ansiedade e consegui estabelecer uma relação terapêutica e de ajuda favorável à superação da situação.

Em conjunto com a Enfermeira Orientadora, desenvolvi estratégias para saber gerir o *stress* emocional das situações de alto risco, através da prestação de cuidados adequados e pertinentes para a situação, de forma a manter o bem-estar materno-fetal, mesmo que isso não fosse possível e que o bem-estar fetal estivesse em causa.

A maioria das vezes eram situações temporárias e que se revertiam sem internamento, pois verifica-se que “as vantagens do internamento na ameaça de parto pré-termo parecem ser a maior regularidade da vigilância materna e fetal e a proximidade para com o local de parto e o serviço de neonatologia” (Godinho & Campos, 2002, p. 56). Porém a situação poderia não ser transitória, e culminar com o parto.

Verifiquei também que é administrado um tocolítico (Atosibano[®]), ao mesmo tempo que se iniciava a hidratação endovenosa e o repouso absoluto no leito; mantinha-se o tocógrafo ligado permanentemente para avaliar a contratilidade uterina e o efeito da terapêutica administrada; quando já se conseguia identificar e ouvir os batimentos cardíofetais era colocado o cardiotocógrafo continuamente em

“idade gestacional igual ou superior a 26 semanas” (Brittar & Zugaib, 2009); em risco de parto pré-termo em que a contratilidade é bastante evidente, com apagamento e dilatação do colo uterino, realizava-se a maturação pulmonar fetal com a administração de beta-metasona caso existisse risco iminente de um parto pré-termo. Pois o uso de corticoterapia pré-natal reduz o risco de complicações neonatais tais como a síndrome de dificuldade respiratória, a hemorragia intraventricular cerebral, a enterocolite necrosante e a morte neonatal (Brittar & Zugaib, 2009).

Prestei bastante apoio ao casal, proporcionei-lhes momentos de escuta ativa, de forma a estabelecer uma relação de ajuda, permitindo-lhes transpor os seus medos e angústias, possibilitando apoio e esclarecimentos adequados, proporcionando momentos de grande privacidade, conforto e satisfação das atividades de vida segundo Nancy Roper.

Verifiquei que uma das causas que maioritariamente pode levar a um parto pré-termo é a rutura prematura de membranas pré-termo (RPMPT), conforme Santo e Graça (2012, p. 446) referem: “a rutura prematura de membranas pré-termo é responsável por cerca de 1/3 dos partos pré-termo, sendo uma causa de morbilidade e mortalidade perinatal significativa”.

Quando a RPMPT não ocorre em simultâneo com a dilatação cervical, as grávidas são internadas no Bloco de Partos, sendo posteriormente transferidas para o Serviço de Internamento de Grávidas, quando o bem-estar materno-fetal se encontra garantido.

Conseguí também perceber a importância da pesquisa de estreptococo do Grupo B positivo às parturientes, pois “deve ser realizada apenas a antibioticoterapia profilática para a infeção neonatal” (Brittar & Zugaib, 2009, p. 421).

Pois a presença de estreptococo do Grupo B positivo associado a uma rutura de bolsa prolongada (acima de 24 horas) desenvolve um risco infeccioso para o recém-nascido, havendo a necessidade de colher análises por volta das 12 horas de vida para despistar sinais de infeção no recém-nascido.

Durante o estágio, nas situações de rutura prematura de membranas tive sempre em atenção os sinais e sintomas de infeção (avaliação analítica de parâmetros infecciosos maternos, temperatura, taquicardia e fetais como taquicardia fetal mantida e diminuição da variabilidade), descolamento prematuro de placenta

normalmente inserida, compressão do cordão umbilical e de hipoxia fetal, conforme a autora Santo (2012) enfatiza estes parâmetros nas normas de Atuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia. Outro sinal importante que era sempre avaliado tinha a ver com as características do líquido amniótico perdido, tendo em conta a cor, o cheiro (cheiro fétido pode traduzir-se num sinal de infeção, ou seja, suspeita de corioamnionite, que, pela circulação útero-placentária-fetal, pode potenciar infeção materna e fetal ou neonatal).

Nos quadros clínicos de pré-eclâmpsia e Síndrome de HELLP, as grávidas encontram-se sob uma vigilância clínica intensa, têm balanços hídricos, avaliação dos edemas corporais (sinal de Godet quase sempre positivo), monitorização de parâmetros vitais de hora a hora e com medicação específica, com a finalidade de anti-hipertensor (como por exemplo labetalol) e/ou proteção do sistema nervoso materno (prevenção de convulsão) e fetal (diminuição da incidência de hemorragia intra-ventricular cerebral em prematuros) com a administração de sulfato de magnésio, principalmente em risco de APPT em idades gestacionais baixas; muitas vezes é associado um tocolítico (atosibano), quando se inicia contratilidade em idades gestacionais pré-termo; as grávidas ainda ficam sob monitorização externa contínua do CTG para avaliar o bem-estar fetal (variabilidade e frequência cardíaca fetal).

Segundo Ferreira, Silveira, Silva, Souza e Ruiz, (2016) a situação de pré-eclâmpsia, é caracterizada pelo aumento da tensão arterial, proteinúria, presença de edemas, epigastrálgias associadas a náuseas e vômitos, cefaleias e estocomas.

Uma pré-eclâmpsia mal diagnosticada ou tratada pode evoluir para um Síndrome de HELLP. Nestes casos existe ainda uma monitorização analítica mais controlada, pelos riscos associados ao bem-estar materno-fetal, pois esta síndrome é caracterizada pela hemólise, trombocitopenia e elevação das enzimas hepáticas (Carmo et al, 2008); esta situação pode descontrolar-se e originar uma coagulopatia sistémica. E, caso os valores analíticos comecem a ficar descontrolados, o parto é induzido ou decide-se fazer uma cesariana, muitas vezes com caráter urgente, de forma a salvaguardar o bem-estar materno e a evitar a mortalidade e morbilidade fetal/ do recém-nascido.

As condutas terapêuticas a ter nestas situações englobam a monitorização das condições fetais permanentemente, a observação dos parâmetros vitais

maternos (frequência cardíaca, traçado cardíaco, movimentos respiratórios, temperatura, tensão arterial), hidratação e diurese. Em caso de medicação anti-convulsivante, esta deverá ser mantida por mais 24 horas após o parto (Carmo *et al*, 2008).

Prestei cuidados a grávidas com Pré-eclâmpsia e Síndrome de HELLP, percebi a grande exigência nos cuidados que são prestados e da grande responsabilidade que está subjacente aos cuidados na manutenção do bem-estar fetal. São situações que envolvem muitos conhecimentos e interligação de conceitos, como por exemplo, a realização de balanço hídrico é importante porque se o balanço hídrico for positivo significa que existe retenção de líquidos, que potencia a formação e aumento de edemas, assim como também o aumento da tensão arterial, que, por sua vez, pode interferir com a circulação fetal.

Os autores Clode, Nunes, Cardoso e Graça (1994) citam Fleischer (1986) referindo que a grávida com hipertensão prévia à gravidez ou em situações de pré-eclâmpsia têm aumento da resistência nas artérias uterinas, sendo necessária uma vigilância pré-natal mais apertada.

Desta forma, a pré-eclâmpsia pode-se evoluir clinicamente para um Síndrome de HELLP, que, num curto espaço de tempo, a homeostase materna poderá alterar-se pelo quadro clínico e evoluir para uma coagulopatia de consumo.

No Bloco de Partos, presenciei que uma grávida tinha recorrido ao SUOG por diminuição dos movimentos, com antecedentes de hipertensão (medicada) e trombocitopenia; a qual estava a ser submetida a uma cesariana emergente, por descolamento de placenta, com perda fetal. Durante a realização da cesariana, a utente desencadeou uma coagulopatia com necessidade de administração de derivados sanguíneos e foi transferida para a unidade de cuidados intensivos.

A vivência desta situação permitiu-me reconhecer a grande importância que existe na vigilância das grávidas nos cuidados de saúde primários e do seu encaminhamento para a unidade hospitalar da área, de forma a controlar a patologia prévia à gravidez ou desenvolvida pela mesma.

Durante a assistência das grávidas e parturientes no Bloco de Partos, eu, como futura EESMO, determinei as necessidades das grávidas, tendo por base as atividades de vida diárias de *Nancy Roper* e desenvolvi em conjunto com a parturiente ou casal as estratégias para a satisfazer, como manter um ambiente

seguro, comunicação (possibilitava esclarecimentos ao casal para ficarem mais tranquilos e confiarem na equipa de saúde), comer e beber (beber e comer líquidos cristalinos), higiene (possibilitar cuidados de higiene no leito e/ou na casa de banho, sempre que a situação clínica o permitisse), respiração (controlar a respiração face ao desconforto álgico provocado pelas contrações, de forma a possibilitar a oxigenação adequada ao recém-nascido), eliminação (providenciar arrastadeira ou ida à casa de banho), dormir (possibilitar um ambiente tranquilo, aconchegante, com acesso a musicoterapia, controlo da luminosidade e o menos ruidoso possível; o repouso pode estar comprometido por ser um ambiente estranho, movimentado, pela ansiedade do momento e devido à situação clínica, tendo em conta o prognóstico), mobilidade (proporcionar e auxiliar na alteração de decúbitos ou no levante, se a condição materno-fetal o permitir, com o acesso a monitorização de CTG portátil). A expressão da sexualidade está completamente comprometida durante o internamento no bloco de partos, contudo possibilitei momentos de intimidade e de privacidade aos casais durante os cuidados de enfermagem especializados.

Acima de tudo, promovi o conforto e privacidade da grávida e/ou parturiente acompanhante/família, conforme referido no Código Deontológico, artigo 107 (OE, s.d.), assim como permiti que a grávida e parturiente ficasse acompanhada durante o internamento no SUOG, conforme se pode observar na Lei nº33/2009 (2º artigo, 1ª alínea).

Desta forma, consegui concretizar este objetivo, mantendo o bem-estar materno-fetal face a situações de saúde e doença no período pré-natal, com vista a potenciar a saúde e bem-estar da mulher, recém-nascido e família conforme delinee. Também prestei cuidados especializados a grávida/mulher e família que recorrem ao SUOG em situações de risco durante o período pré-natal. Este objetivo encontra-se relacionado com o objetivo 3, que será abordado posteriormente.

Ainda é de referir que, no primeiro contacto com o Bloco de Partos, verifiquei que existiam vários protocolos que teriam de ser usados, para prestar os cuidados às mulheres, nomeadamente em situações de utilização de tocólise em ameaças de parto pré-termo, de hipertonia uterina, de Pré-eclâmpsia /Hipertensão com critério de gravidade, assim como de prevenção da hemorragia intra-ventricular em prematuros, e outro protocolo para estreptococo do Grupo B positivo.

4.2. OBJETIVO 2

De acordo com a competência **H3** e **H4** (OE, 2010a), delinee o segundo objetivo, tendo em conta as diretrizes pedagógicas da ESEL: **prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, nos diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, contribuindo para a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal, de forma a promover a saúde e bem-estar da mulher/RN/família.**

A competência H3 foi desenvolvida através da promoção de cuidados de Enfermagem Especializados à parturiente durante o trabalho de parto e parto, efetuando o parto de modo seguro, otimizando a sua saúde e facilitando a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.

O serviço onde decorreu o estágio tem a filosofia de um parto natural e o mais fisiológico possível, tornando-o uma experiência mais positiva para a mãe e recém-nascido, tendo por base as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (2018), que evidenciam a redução das intervenções médicas desnecessárias e redução dos toques vaginais para avaliação da cervicometria. Incentiva a utilização de técnicas não farmacológicas como relaxamento muscular, música ambiente, técnicas de respiração, massagem e aplicação de sacos de água quente, possibilitando a mobilidade da parturiente (caso a situação clínica o permita) e a ingestão de líquidos cristalinos. São disponibilizados à parturiente métodos farmacológicos para alívio da dor. Assim como deve ser promovido o contacto pele a pele, sempre que os recém-nascidos tenham condições clínicas.

Durante o ensino clínico, assisti 50 **parturientes** no 1º estágio de trabalho de parto, que começa com as primeiras contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo uterino (Lowdermilk, 2006a).

Desenvolvi as minhas competências técnico-científicas nos cuidados especializados, com o aumento da autonomia progressiva, graças ao apoio, orientação e supervisão da orientadora de estágio.

Inicialmente, comecei por observar o método de trabalho da minha Enfermeira Orientadora e da restante equipa; colaborei com eles mas na retaguarda; foi assim que percebi a dinâmica do serviço e do tipo de trabalho que pode ser realizado com a parturiente e casal, desenvolvi autoconfiança e comecei a proporcionar intervenções adequadas e pertinentes às situações de trabalho de parto, sob

supervisão, mas autonomamente, proporcionando um trabalho de parto natural e humanizado, de acordo com a vontade da parturiente e do casal, tendo sempre em conta a existência do plano de parto e satisfazendo os seus pedidos (quando possível).

No momento do acolhimento, o EEESMO obtém toda a informação pertinente sobre a gravidez atual, antecedentes pessoais e outra informação que pode ser consultada no Boletim de Saúde da Grávida, e também verifica se a parturiente tem plano de parto.

Realizava o exame físico, tendo sempre em conta a sua privacidade, de forma a avaliar a progressão do trabalho de parto. Esta avaliação consistia em: avaliação dos sinais vitais, manobras de Leopold, para avaliar a apresentação e posição fetal, registo cardiotográfico (no Bloco de Partos sugeria a utilização do equipamento de cardiotografia portátil que dava possibilidade de mobilização), toque obstétrico para avaliar a estrutura pélvica e as características do cérvix, como a posição, consistência, permeabilidade/apagamento e dilatação, assim como a apresentação fetal, integridade das membranas e características do líquido amniótico.

Realizei momentos de escuta ativa, forneci informações para esclarecimento de dúvidas das parturientes desmistificando algumas situações, de forma a tranquilizar a parturiente/família sobre a progressão do trabalho de parto. Proporcionei um ambiente calmo, acolhedor, incentivei a mobilidade da parturiente com múltiplas posições para favorecer a descida do feto e o seu encravamento; a utilização de técnicas de alívio da dor não farmacológicas, como o uso da bola de pilates (aumentar os movimentos da pélvis), o pano verticalizado, técnicas de respiração e massagem (principalmente nos pontos gatilho, de forma a aliviar o desconforto algico), estabelecendo desta forma uma relação empática, com o objetivo de obter uma relação terapêutica e de ajuda com a parturiente e casal, momento único e agradável.

Tal como refere Lowdermilk (2006a) a deambulação tem vantagens, tais como: distração dos desconfortos do trabalho de parto e a ocorrência de um momento de interação com o companheiro e com o prestador de cuidados; o caminhar, sentar-se ou permanecer de pé durante o trabalho de parto é mais confortável para a parturiente do que permanecer deitada e facilita o mesmo (Simkin e Ancheta, 2000).

Segundo Mamede, Mamede e Dotto (2007), o movimento durante o trabalho de parto, permite uma contração mais eficaz do útero, aumenta o fluxo útero-placentar, o tempo do trabalho de parto é reduzido e diminuiu a dor associada, para além da apresentação fetal se adaptar à bacia materna. Existe a diminuição da necessidade de perfusão de oxitocina e de analgesia, para além de diminuir a incidência de partos instrumentalizados como fórceps, ventosa e realização de episiotomia (Bloom *et al*, 1998).

Ainda tive a oportunidade de incentivar o acesso ao duche como forma de relaxamento da musculatura no trabalho de parto, facilitando assim a descida do feto; promovi o acesso à musicoterapia e à utilização da técnica de controlo da respiração, proporcionando sempre um ambiente calmo e confortável, como medidas de alívio da dor não medicamentosas. Acima de tudo, tentei proporcionar um momento único e agradável.

O enfermeiro tem a responsabilidade de perguntar à mulher o que ela espera dos profissionais de saúde naquele momento ou o que a preocupa; dando respostas e apoio às mesmas e respetiva família, tendo também em conta a sua cultura e religião (Lowdermilk, 2006a).

As minhas competências foram desenvolvidas na realização de âmniotomias e monitorização interna.

Face às técnicas acima descritas, não senti dificuldade em realizar âmniotomias; aproveitava sempre o momento da contração, onde a bolsa de água ficava mais tufada, o que facilitava a técnica. Para realizar esta técnica tive que ter em conta que a apresentação fetal deve estar descida e assegurar que o polo cefálico, esteja completamente na pelve materna, prevenindo e vigiando possíveis complicações que possam ocorrer, como a procidência do cordão umbilical, a qual é uma emergência obstétrica.

Em relação à monitorização interna, observei a sua realização uma vez, e tive a oportunidade de a colocar em prática, tendo em conta o conhecimento teórico-prático adquirido. Consegui em colocar o eletrodo no escalpe fetal, na segunda tentativa, contudo, já consigo identificar o momento em que está bem aplicado.

Durante a vigilância do trabalho de parto, procedi à identificação de situações que saíssem da normalidade, implementando intervenções para as corrigir, como administração de terapêutica, avaliação constante do bem-estar materno-fetal e da

dinâmica uterina, diagnosticando complicações precocemente, como hipertónias uterinas, taquissístolias (administração de salbutamol), hemorragias e taquicardia ou bradicardia fetal/desaceleração fetal e alteração da variabilidade fetal.

Durante este estágio, tem de se ter em conta as parturientes com patologia prévia à gravidez, e, como tal, têm que ser controladas durante o trabalho de parto. Entre estas patologias estão a hipertensão, a Diabetes Gestacional ou Diabetes Mellitus Tipo II, podendo ainda existir necessidade de administrar antibióticos de acordo com o protocolo utilizado quando a pesquisa de estreptococos B hemolítico é positiva, e esteja em trabalho de parto e/ou com bolsa de água rota; este antibiótico é administrado como profilaxia da infeção vertical (prevenção da sépsis neonatal, conforme já abordei anteriormente). Também procedi à administração de perfusão de ocitocina (quando o colo uterino se encontrava favorável de acordo com o índice de *Bishop* superior a 5), de forma a induzir a dilatação mais precocemente, sempre que a dilatação não ocorresse conforme o previsto e de acordo com as normas da Direção Geral da Saúde. Contudo, respeitei sempre a vontade da parturiente, caso a sua escolha fosse a não administração deste fármaco e caso o quadro clínico assim o permitisse.

A avaliação da cervicometria foi um dos grandes desafios para mim, mas com o passar do tempo, fiquei autónoma e comecei a fazer essa avaliação corretamente. Inicialmente a Enf.^a Orientadora, após a minha avaliação, fazia uma breve reavaliação, principalmente nas primeiras vezes, para me orientar e esclarecer certas dúvidas, mas com a progressão do estágio fiquei autónoma na avaliação da cervicometria.

Os dados obtidos pela cervicometria eram registados no partograma e os registos de enfermagem no sistema informático.

Informei e esclareci a parturiente sobre as diversas formas de controlo da dor farmacológico no trabalho de parto, como a analgesia loco-regional, endovenosa e inalatória (Livopam[®]), permitindo assim o controlo da dor, na tentativa de promover um trabalho de parto e parto dentro das expectativas maternas e do casal. Pois, como Lowdermilk (2006b, p.367) refere, “as medidas farmacológicas para o controlo da dor devem ser implantadas antes que a dor se torne tão severa que aumente os níveis de catecolaminas e o trabalho de parto se prolongue (...)”.

Auxiliei o anestesista na realização das analgesias loco-regionais, preparando a mesa da analgesia e/ou anestesia, monitorizando a frequência cardíaca, tensão arterial (de 3 em 3 minutos até 15 minutos) e posicionando as parturientes para ser realizada a técnica. Estas técnicas de analgesia eram realizadas só após 30 minutos da cardiotocografia de forma a avaliar o bem-estar fetal, pois a analgesia pode levar à hipotensão materna e afetar a variabilidade de frequência cardíaca fetal.

Através de uma observação atenta ao longo do estágio com relatório, verifiquei que se a dor estiver num nível suportável para a parturiente, esta torna-se colaborante com a equipa de saúde no trabalho de parto e parto.

Em relação ao 2º estágio de trabalho de parto (período que decorre entre o momento da dilatação completa até ao nascimento do feto), assisti 66 parturientes, o mesmo número do 3º estágio (após o nascimento até ocorrer a dequitação), com 65 partos eutócicos e um distócico (ventosa e fórceps).

Promovi a oportunidade de as grávidas experimentarem várias posições para parirem (como cócoras, sentada, quatro apoios, de pé, e também outras posições laterais, litotomia e litotomia modificada, de igual modo, também utilizei o banco de partos) de forma a poderem escolher a mais confortável, que facilitasse a descida do feto e o período expulsivo.

Nas posições de cócoras, 4 apoios e sentada apenas tocava na parturiente quando o recém-nascido começava a coroar, de forma a controlar a saída do polo cefálico. Verifiquei que os partos verticalizados aumentam o risco de lacerações do períneo, por não permitirem uma saída controlada do recém-nascido nem a proteção do períneo. Contudo, existem inúmeras vantagens, nomeadamente: facilita a rotação, encaixe e descida do feto na bacia materna e no canal de parto, diminuição do tempo do período expulsivo; com a mudança de posição, a parturiente consegue identificar a posição que lhe é mais confortável para fazer força de forma eficaz. Assim como permite a participação mais ativa do companheiro durante o trabalho de parto e parto, de forma a colaborar no posicionamento da mulher, conforme Piotrowski (2000) referencia que a deambulação e posicionamento durante o trabalho de parto e parto facilitam a interação mais próxima com o parceiro da parturiente e com prestadores de saúde, quando estes a ajudam.

As vantagens que encontrei estão de acordo com a literatura referida anteriormente. Contudo, as autoras Mamede, Almeida e Clapis (2004) reforçam a

ideia que o trabalho de parto e parto em posições verticalizadas favorece a saída do recém-nascido, devido à força da gravidade estar a seu favor e oferece conforto às parturientes.

Não tive grande dificuldade em realizar os partos eutócicos, senti apenas dificuldade na extração dos ombros, conforme irei explicar posteriormente, quando abordar o quadro de distocia de ombros.

Em relação à preparação da mesa de partos, não tive dificuldade, pois trabalhei alguns anos no Bloco Operatório e estou apta para este tipo de trabalho.

Observei partos distócicos e instrumentalizados (fórceps e ventosa) que ocorrem maioritariamente por distócias de progressão ou quando as parturientes não realizam esforços expulsivos adequados, após se ter tentado várias posições e não existir progressão do feto no canal de parto. Verifiquei também que quando se prolonga demasiado o período expulsivo (DGS, 2015, refere que nas primíparas a expulsão deve ocorrer até 2 horas após a dilatação completa, e 1 hora para multíparas), as parturientes ficam exaustas, e no pós-parto não estão despertas e não conseguem prestar os cuidados ao recém-nascido.

Quando são partos distócicos, o Pediatra é chamado para avaliação do recém-nascido, a equipa de enfermagem colabora nos cuidados (prestei os cuidados imediatos ao recém-nascido como: o secar, administrar vitamina K, pesar e observar o recém-nascido) e presta informações clínicas do trabalho de parto e parto que possam influenciar o bem-estar e a adaptação ao meio extra-uterino. Participei neste trabalho em equipa de forma a garantir o bem-estar materno e o do recém-nascido.

Conforme referem Lourenço, Silva, Castro, Veiga & Carvalho (2012, p. 263), os “partos instrumentados (...) podem causar não só morbilidade materna, mas também morbilidade fetal significativa, pelo que o pediatra deve ser sempre avisado quando este ocorre”.

Após o parto, comunica-se à puérpera a necessidade de inspecionar o canal de parto de modo a obter o seu consentimento e colaboração. Inspeccionei o períneo e a vagina cuidadosamente, de forma a identificar as lacerações, a sua localização, extensão e profundidade. Se a puérpera tiver cateter epidural a repicagem era efetuada, diminuindo assim o desconforto algíco da sutura dos tecidos do períneo, caso não tivesse cateter epidural, era realizada uma anestesia local com lidocaína a 2% (sem adrenalina). Posteriormente, preparava o material de sutura, que era:

Vicryl 2/0 para a mucosa vaginal e tecidos superficiais do períneo e Vicryl 0 para tecidos mais profundos e musculares. Estes procedimentos eram efetuados sob técnica assética.

Procedia à limpeza do períneo, colocava um pano esterilizado sobre as nádegas, mudava de luvas e procedia à sutura. Era realizada uma sutura contínua, desde o início do vértice do canal vaginal até à fúrcula, e, de seguida, eram suturadas as fibras musculares com pontos simples, assim como a pele. Só houve necessidade de suturar as lacerações (1º e 2º Grau) que estavam sangrantes, as restantes cicatrizavam por segunda intenção.

Conforme Oliveira e Miquilini (2005, p. 290) refere, “a ocorrência de lacerações perineais é frequente em partos normais, porém lacerações de 1º grau às vezes não necessitam de sutura, enquanto lacerações de 2º grau podem ser suturadas e, em geral, cicatrizam sem complicações.”

Desta forma, aprendi a suturar lacerações e episiorrafias, assim como o canal de parto, procedimentos que até ao momento, só tinha conhecimento teórico. Graças ao apoio da minha Enfª Orientadora, desenvolvi esta competência e tive uma grande evolução até ao final do estágio.

Inicialmente, demorava algum tempo e ficava indecisa da forma de aproximação dos bordos da lesão, contudo, com o passar do tempo fiquei autónoma e com destreza na realização das mesmas, assim como a avaliação do grau da laceração, para pedir auxílio médico se as lacerações fossem de grau III e/ou IV.

Dos partos que efetuei, suturei maioritariamente lacerações, nomeadamente, 23 lacerações grau I, 9 lacerações grau II, algumas lacerações da mucosa vaginal/canal de parto; tive 30 períneos íntegros e realizei apenas 3 episiotomias/episiorrafias. Defendi sempre uma atitude expectante e de proteção do períneo com a *Manobra de Ritgen* modificada e muita lubrificação do períneo, assim como tentei estimular o auto-controlo da mulher durante o período expulsivo, permitindo a saída controlada, primeiramente do polo cefálico e depois dos ombros. Contudo, quando verificava que a parturiente estava descontrolada, tentava controlar a saída do polo cefálico, utilizando a técnica “*hands on*”, de forma que os tecidos do períneo estendessem progressivamente e não lacerassem.

A minha técnica vai no mesmo sentido dos autores, Oliveira e Miquilini (2005) que citam a OMS (1996), referindo que a proteção do períneo com uma das mãos e

o controlo da velocidade do coroamento com a outra tenta evitar ou reduzir os danos perineais.

As episiotomias que realizei ocorreram em situações em que a musculatura do períneo não era suficientemente elástica e não permitia a expulsão do polo cefálico fetal, ou havia o risco de ficar com uma laceração mediana e risco de comprometimento do esfíncter anal.

Conforme a evidência científica demonstra, são indicações para realizar episiotomias: a suspeita ou sofrimento fetal, o risco de laceração de 3º Grau, incluindo em partos anteriores, situações de prematuridade de forma a encurtar o período expulsivo. A realização da episiotomia está associada à mulher estar deitada durante o trabalho de parto devido à diminuição da intensidade e eficácia das contrações (Oliveira & Miquilini, 2005).

Tive poucas oportunidades de colocar em prática a técnica de episiotomia, mas fiquei com alguns conhecimentos práticos.

Nas episiorrafias, as suturas são elaboradas de acordo com os planos tecidulares, e tive maior dificuldade em suturá-las do que suturar lacerações; embora nas lacerações, os tecidos ficam lacerados de forma não uniforme e muitas vezes parece um “puzzle” para suturar, de forma a retomar a anatomia do períneo.

Um pormenor importante que me foi ensinado e instruído ao longo do estágio foi que a força utilizada para realizar o ponto da sutura não pode ficar a repuxar. Porque, se isso acontecer, durante a recuperação pós-parto, irá provocar desconforto nos pontos, por estes estarem muito apertados, assim como uma probabilidade de surgir o coloide na cicatriz (mais em mulheres de pele escura). Estes ensinamentos foram muito importantes para o meu desenvolvimento como aluna e como futura EEESMO.

Dos 65 partos efetuados, encontrei cerca de 15 recém-nascidos com circulares cervicais, tendo realizado a manobra de *Somersault* em 10 partos, evitando desta forma o corte imediato do cordão umbilical; embora em 5 casos tive que cortar de imediato o cordão, por haver risco de asfixia, como em situações de cordão umbilical curto ou com circular cervical dupla.

Em relação à realização da manobra de *Somersault*, no início tive dificuldade em realizá-la, pelo facto de o recém-nascido estar “escorregadio” quando nasce e

também algum receio de que durante a manobra existisse compressão do cordão umbilical. Dificuldades que se foram dissipando com o evoluir do estágio.

Ao longo do estágio fui ganhando destreza e percebendo com antecedência quando a execução desta técnica é possível, sem potenciar riscos para o recém-nascido, como a asfixia neonatal. Quando não era possível realizar esta técnica, procedia ao corte imediato do cordão umbilical, de forma a prevenir complicações.

Existiu uma situação que me afetou emocionalmente, que foi um parto que realizei de uma recém-nascida, com 36 semanas e 6 dias, em que o CTG apresentava desacelerações variáveis no período expulsivo, mas com rápida recuperação.

A recém-nascida nasceu com um cordão umbilical curto com uma cervical apertada. Apresentava cianose facial e perante aquela situação procedi ao corte imediato do cordão umbilical. Estava hipotónica, cianosada e pouco reativa, com índice apgar 6 ao primeiro minuto e 9 ao quinto minuto. Após aquecimento em *baby-term*, e oxigénio à face, esta ficou reativa e voltou para junto da mãe.

Foi observada pelo pediatra que não identificou nenhuma alteração e foi transferida para o Puerpério.

Soube mais tarde que esta recém-nascida teve uma paragem cardio-respiratória no internamento, sendo transferida para a neonatologia, com uma hemorragia intra-ventricular cerebral bilateral, mas, aparentemente, sem compromisso das estruturas cerebrais adjacentes.

Esta situação fez-me questionar a prática do momento do parto, se teria realizado algum procedimento de forma incorreta ou se as manobras tinham sido pouco eficazes. Discuti a situação com a Enf.^a Orientadora e com a equipa de enfermagem, tentando identificar se teria acontecido algum erro, tendo-se chegado à conclusão de que tinha sido eficiente a partejar, que tinha executado todas as manobras e procedimentos adequadamente e em tempo adequado.

Segundo a OMS (2013), o clampeamento tardio do cordão umbilical (entre 1 a 3 minutos após o parto) é recomendado para todos os recém-nascidos, ao mesmo tempo que se presta os cuidados, pois aumenta as reservas de ferro devido à continuação da passagem do sangue da placenta para o bebé, sendo responsável pelas reservas de ferro em até 50% aos seis meses de idade nos recém-nascidos de termo; está associado à redução da hemorragia intra-ventricular, menor risco de

enterocolite necrosante e sepsis, contudo, há relatos de maior incidência de policitemia e de icterícia com necessidade de fototerapia.

Quando fui visitar as Puérperas no pós-parto, verifiquei que os recém-nascidos em que o corte só fora efetuado após deixar de pulsar o cordão umbilical, estava associada a policitemia, e com altos valores de bilirrubina (icterícia precoce), havendo critérios para fototerapia, situação que vai ao encontro do que os autores referem.

Sempre que me foi possível, a laqueação do cordão umbilical foi realizada já com o recém-nascido a fazer contacto pele-a-pele com a mãe (sempre que este fosse o seu desejo), sendo realizado o corte tardio do cordão umbilical, algumas vezes até deixar de pulsar (superior ao tempo preconizado pela OMS (2013)), foi, igualmente, incentivado o parceiro/acompanhante a fazer o corte sob minha orientação; realizei colheita de sangue do cordão umbilical para tipagem, teste Combs direto (avaliação da compatibilidade ABO e Rh) e para Kit de células estaminais.

O posterior relatório da tipagem do recém-nascido permite identificar se existe Combs direto positivo, que nos vai permitir diagnosticar antecipadamente a probabilidade de uma icterícia precoce.

Verifiquei que este simples gesto de incentivar o acompanhante a cortar o cordão umbilical, desmistificando a ideia de que o corte do cordão umbilical provoca/causa dor ao recém-nascido, proporciona um vínculo precoce com o bebé. Então, se o acompanhante for o pai, este sente-se mais confiante e integrado nos cuidados a prestar ao recém-nascido e muitas vezes eram tiradas fotografias naquele momento para o relembrar no futuro.

Em relação à colheita para o *Kit* de células estaminais, não tive grande oportunidade de o realizar. Realizei-a uma única vez num parto em cócoras, mas a colheita não encheu o reservatório do *Kit*, pois ocorreu a dequitação na altura da recolha.

Também recebi recém-nascidos provenientes de partos por cesariana por incompatibilidade feto-pélvica, paragem de progressão do trabalho de parto e por CTG não tranquilizador, nomeadamente em situações de gravidez de risco, como pré-eclâmpsia, Síndrome HELLP em que havia compromisso do bem-estar materno principalmente e fetal associado. Prestei os cuidados imediatos aos recém-nascidos

em colaboração com o pediatra e algumas vezes em conjunto com os enfermeiros que recebiam o recém-nascido, alguns com necessidade de transferência para o serviço de neonatologia.

Os cuidados imediatos prestados aos recém-nascidos englobam: a secagem, o aquecimento, a avaliação física do recém-nascido e o contacto pele-a-pele, a pesagem, administração de vitamina K e profilaxia oftálmica, intervenções que estão de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (2001).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2011), o contacto pele-a-pele da mãe com o recém-nascido é fundamental na adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, promove o vínculo mãe-filho, previne a hipotermia e estimula o aleitamento materno. Assim como, auxilia a estabilização cardio-respiratória, diminui o choro e o *stress*, diminui a perda de energia para estabilizar a temperatura, pois existe a transmissão de calor da mãe para o bebé (Almeida & Martins, 2004 e WHO, 2006 citados por Matos, Souza, Santos, Velho, Selbert & Martins, 2010).

Desta forma após o período expulsivo, colocava o recém-nascido sobre o abdómen e tórax materno e era seco em cima da mãe. O recém-nascido desenvolve o movimento de reptação até junto da mama e muitos iniciam mesmo o reflexo de sucção junto da aureola mamária e/ou mamilo, dependendo da posição em que conseguem iniciar o reflexo automaticamente (embora eu corrigisse a pega para prevenir a maceração precoce dos mamilos). Estas situações eram bastante interessantes, pois permitiam avaliar a maturidade do sistema nervoso central pelos reflexos inatos que era possível observar.

Em 2 partos, fui surpreendida pelos companheiros que também quiseram fazer contacto pele-a-pele após o parto, após serem secos no abdómen materno, os companheiros faziam contacto pele-a-pele com o recém-nascido.

Observei que os companheiros viviam uma felicidade incalculável e senti que aquele momento é fundamental para o desenvolvimento da díade pai-bebé e posteriormente na tríade pai-bebé-mãe. Os companheiros sentiram-se úteis e integrados no trabalho de parto e parto quando inseridos no contexto de cuidados prestados à parturiente e posteriormente puérpera.

Sempre que me foi possível, proporcionava estes momentos ao casal, que também serviam de distração para a puérpera, o que permitia realizar a dequitação

e suturar as lesões perineais com diminuição da percepção da dor e da mobilização dos tecidos da área perineal.

A amamentação é iniciada no Bloco de Partos o mais antecipadamente possível, e, acima de tudo, é importante referir que esta unidade hospitalar é um Hospital Amigo dos Bebés, em que se assume uma política de promoção do aleitamento materno precocemente que tem por base as políticas da OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) na promoção do aleitamento materno.

As autoras Levy e Bértolo (2008) reforçam a importância da amamentação, referindo que a amamentação deve ser incentivada desde o momento do nascimento, com exclusividade até aos 6 meses de idade. Pois o aleitamento materno tem vantagens para o recém-nascido e para a mãe. No que diz respeito ao recém-nascido, previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias e tem um efeito protetor contra as alergias. No que respeita à mãe, facilita a recuperação materna com a involução uterina mais precoce e associa-se a uma menor probabilidade de cancro da mama e do ovário.

É disponibilizada às grávidas vigiadas neste Hospital, a possibilidade de frequentar um Curso de Preparação para o Aleitamento Materno, que tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas sobre a fisiologia da amamentação, assim como as possíveis complicações associadas ao aleitamento materno, desmistificando conceitos associados à amamentação, sendo desenvolvidas em conjunto estratégias de *coping* para as ultrapassar com profissionais acreditados e com experiência profissional.

Em relação à distócia de ombros, presenciei 2 situações as quais foram resolvidas em conjunto com a equipa médica, com aplicação apenas de pressão supra-púbica e manobra de McRobert.

Na abordagem da distócia de ombros inicialmente deve ser realizada a Manobra de McRoberts, associada ou não a pressão supra púbica e extensão da episiotomia. Não havendo resolução da situação estas manobras devem ser abandonadas recorrendo-se, se necessário, ao relaxamento uterino com fármacos anestésicos para proceder às manobras de rotação interna ou à extracção do ombro posterior. (Marques & Reynolds, 2011, p. 615).

Detetar as situações de distócia de ombros não foi linear para mim, pois tive dificuldade em determiná-las, pois nos primeiros partos tive receio de fazer o

movimento de exteriorização dos ombros, por medo de fazer alguma lesão do plexo braquial.

Ao observar esta dificuldade, no momento da exteriorização dos ombros, a minha Enf^a Orientadora agarrou-me nas mãos, fez a força e o movimento de exteriorização em conjunto comigo e a partir desse momento, para além de perceber a técnica, compreendi a força e o movimento corretos.

Após ficar autónoma na extração dos ombros é que me apercebi das verdadeiras situações de distócia, pois até então todas as situações me pareciam distócias de ombros.

As situações de distócia de ombros com que tive contacto foram simples e de fácil resolução. Nestas situações percebi a grande importância do trabalho em equipa, pois a EEESMO deteta a situação, a outra enfermeira pede ajuda à equipa médica, enquanto a EEESMO mantém manobras para resolução da situação até chegar a equipa obstétrica e o pediatra.

Senti a responsabilidade de determinar a situação, pedir ajuda e iniciar as manobras o mais precocemente possível de forma a evitar situações de asfixia neonatal. É interessante observar o sinal de tartaruga, que é um sinal de possível distócia de ombros.

São situações complexas, pois ter que exteriorizar os ombros ao mesmo tempo que se dão indicações e se executam manobras de desencravamento dos ombros são momentos de muito *stress*. Graças ao trabalho de equipa, mesmo com os companheiros que e algumas vezes participaram na manobra de McRoberts, foram situações transitórias e aparentemente sem sequelas neurológicas.

Os autores Marques e Reynolds (2011) referem que esta situação deve ser resolvida nos primeiros 4 a 5 minutos de forma a evitar lesões de cefalopatia hipoxico-esquémica do recém-nascido.

A possibilidade de o companheiro assistir ao trabalho de parto e parto permite-lhe perceber que a equipa obstétrica prestou todos os tipos de cuidados eficientes de forma a promover o bem-estar materno e fetal, desmistificando as situações de que o recém-nascido teve sequelas de parto, por negligência de cuidados de saúde dos profissionais.

Conforme Lowdermilk (2006a) refere na sua bibliografia, que no 3º estágio do trabalho de parto existem duas formas de dequitação, um segundo mecanismo de

Duncan em que a placenta mostra a face materna, que tem uma aparência escura e enrugada, ou de *Shultz*, quando a face fetal aparece primeiro, é lisa, pela perda hemática durante o descolamento da placenta da cavidade uterina.

Com o passar do tempo de estágio, comecei a identificar o momento em que a placenta começa a descolar, por iniciar uma pequena perda hemática por via vaginal, ao massajar o fundo uterino (conduta ativa), acaba por ocorrer a dequitação (consigo determinar qual o tipo de descolamento da placenta pelo tipo de perda por via vaginal) e a expulsão da placenta pelo canal de parto.

Identifiquei algumas situações de atonia uterina após a dequitação, que, com massagem do fundo uterino e com o aumento da perfusão de oxitocina e/ou com administração de bólus de oxitocina a situação foi revertida, tendo-se formado o globo de segurança de Pinard, mas durante o puerpério imediato mantive vigilância mais constante para despistar que ocorresse novamente atonia no pós-parto, provocando hemorragia.

Segundo *Periard et al* (2011), após a identificação de uma situação de atonia uterina, deve-se estimular as contrações através da manobra de compressão uterina bimanual ou pelo uso de fármacos uterotómicos, sendo a oxitocina o fármaco de primeira linha e em último caso misoprostol; se estas medidas não funcionarem, pode ser necessário fazer uma intervenção cirúrgica mais ou menos conservadora dependendo da gravidade da situação. Estes autores justificam a minha intervenção face à situação presenciada.

Segundo *Alves, Metello, Torgal, Avillez e Hermida* (2011), após a dequitação, faz-se a inspeção da integridade dos cotilédones e das membranas placentares para garantir que não existem restos na cavidade uterina, e se se suspeitar de que não existe integridade das membranas que envolvem a placenta, devem ser realizadas intervenções que podem ser de âmbito terapêutico ou cirúrgico, como a curetagem, dependendo da situação e da avaliação médica.

Desta forma, após a dequitação, procedia ao exame da placenta, avaliava a integridade das membranas corioamnióticas e dos cotilédones, malformação da placenta, número de vasos sanguíneos do cordão umbilical e a sua inserção na placenta.

Sempre que os casais mostravam desejo, permitia a observação da placenta, explicava a sua função e como era constituída.

Tive uma situação de suspeita de membranas fragmentadas, porque, após a dequitação, senti que existia uma pequena membrana corioamniótica ligeiramente presa ao útero, que, ao receber a placenta, acabou por se quebrar, e, como me apercebi de uma perda de sangue ligeiramente aumentada após a dequitação, fiz inspeção do canal vaginal e senti a membrana a qual segui com os dedos e apercebi-me de que estava agarrada ao útero. De imediato, foi pedida observação médica, tendo sido realizada uma ecografia da cavidade uterina, na qual se observou uma imagem que seria compatível como resto de membrana. O obstetra acabou por resolver a situação, com uma revisão digital sem ter necessidade de instrumentalização. Na ecografia de controlo, a imagem mostrava que o útero já estava bem contraído com lóquios normalizados e sem coágulos.

Tive uma situação que me preocupou bastante, que foi durante a dequitação e ao tracionar ligeiramente o cordão umbilical, este partiu-se junto à inserção da placenta. Nesta situação, calmamente mostrei à minha Orientadora e sugeri fazer a tração pelas membranas que estavam à saída do canal de parto, com a pinça de kocher antes de chamar a equipa médica. A minha intervenção foi eficaz e consegui realizar a dequitação completa desta forma.

Perante esta situação, apercebi-me de que é importante manter a calma e o raciocínio sobre o processo fisiológico e as intervenções a realizar.

Após a dequitação e a reparação do canal de parto, devido à presença de lacerações da mucosa vaginal e/ou de tecidos do períneo, com administração de anestesia local sempre que foi necessário, foram prestados os cuidados de higiene e conforto à Puérpera, aplicou-se gelo no períneo e realizaram-se vários ensinamentos sobre os cuidados no puerpério, como a vigilância das perdas hemáticas por via vaginal e sinais de alarme (competência H4.2.1., da OE, 2010a)

Contudo, estes ensinamentos que realizei foram sempre direcionados para os sinais de alarme com as perdas por via vaginal, cuidados com as mamas e mamilos de forma a prevenir a maceração, assim como sinais de boa pega e intervalo das mamadas. As informações que dei foram sempre concisas, objetivas e foram dadas de forma repartida e de forma a serem assimiladas pela puérpera e/ou casal, informações pertinentes para o pós-parto imediato.

Segundo Velho, Oliveira e Santos (2010), a EEESMO assiste as mulheres em trabalho de parto e parto de acordo com o modelo holístico de cuidar, prestando

uma assistência humanizada, com cuidados centrados na mulher e família, considerando a parturiente como elemento principal do cuidado, permitindo a tomada de decisão, favorece um ambiente acolhedor, permite a presença do acompanhante e promovendo suporte físico e emocional, permitindo o empoderamento da mulher. É uma profissional qualificada que vê o parto como um momento natural, fisiológico e “proporciona dignidade, segurança e autonomia que reconhece os aspetos sociais e culturais envolvidos no processo e gestar e parir, que não realiza intervenções desnecessárias e garante os direitos de cidadania da mulher e sua família” (Velho, Oliveira e Santos, 2010, p. 658).

Como futura EEESMOG, prestei cuidados holísticos ao casal/parturiente e posteriormente puérpera e recém-nascido. Satisfiz as necessidades tanto durante o trabalho de parto e parto, de acordo com as necessidades de vida básicas do Modelo Teórico de Nancy Roper (atividades de vida: manutenção de um ambiente seguro, comunicação – permiti que as parturientes falassem sobre os seus medos e desejos, respiração – controle da respiração durante o trabalho de parto e parto, eliminação – permiti que a parturiente satisfizesse as suas necessidades relacionadas com esta atividade de vida ou no wc ou com a utilização da arrastadeira, higiene pessoal – prestar cuidados de higiene e conforto ao longo do trabalho de parto e após o parto, vestuário- proporcionar roupa limpa e adequada ao momento, controlo da temperatura – despiste de situações de hipertermia materna associado a risco de infeção materna-fetal, mobilidade durante o trabalho de parto e parto; e sono – promover um ambiente calmo que permita ao casal descansar por momentos durante o trabalho de parto e no pós-parto). Permitti que a parturiente/puérpera que no momento se encontra numa situação de interdependência temporária da sua saúde, se sinta cuidada e que desenvolva mecanismos de *coping* para se tornar independente no pós-parto (no capítulo 3, encontra-se o modelo conceptual de Nancy Roper mais desenvolvido e de acordo com as necessidades da tríade).

Nos partos que realizei, tive sempre em consideração a presença dos companheiros e tentei sempre que possível interagir com eles de forma a que se sentissem úteis e integrados nos cuidados durante o trabalho de parto e parto e estabeleci um grande relação de ajuda com ambos, com o evoluir do trabalho de parto e parto. Verifiquei que, quando conseguia estabelecer esta relação

primeiramente empática, depois de ajuda e terapêutica, o casal acabava por confiar em mim como futura EEESMOG e conseguia conduzir este trabalho de parto e parto adequadamente e sem imprevistos obstétricos.

Após o parto, segue-se o cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, de acordo com a competência **H4** (O.E. 2010a).

Após o parto, incentivei que companheiro/familiar (sempre que possível) ficasse junto da Puérpera as 2 horas de puerpério imediato até se realizar a reavaliação obstétrica final da Puérpera, assim como a reavaliação da adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina e à mama, antes do momento da transferência. Embora se mantenha a vigilância constante da díade desde do parto até ao momento da transferência

Senti que este pequeno gesto é fundamental para promover a vinculação e para se fortalecerem os laços da tríade. Os companheiros sentem-se integrados e são incentivados a prestar os cuidados aos recém-nascidos, que, no caso em que ainda estejam a fazer contacto pele-a-pele, incentivei a que fossem os companheiros a vestir os bebés e consegui perceber que este pequeno gesto fazia a diferença no processo de vínculo com o recém-nascido.

Este quarto estágio, que engloba a avaliação obstétrica da Puérpera, é composto por: avaliação das mamas (características dos mamilos e aureola mamária e a presença/quantidade de colostro); da formação do globo segurança de *Pinard*, assim como a sua involução uterina, as características dos lóquios e despistando a presença de coágulos na expressão uterina, a avaliação do períneo (edema e características da sutura realizada, despistando focos hemorrágicos de lacerações não suturadas no períneo), de seguida os parâmetros vitais (temperatura, tensão arterial e pulso), incluindo a avaliação da dor através da escala numérica (0 sem dor; 10 dor máxima). Nas puérperas que foram submetidas a analgesia loco-regional, procede-se à repicagem pelo cateter epidural antes da sua remoção, nas situações em que não existe esta via de administração da analgesia é dada por via endovenosa. Contudo, nos partos eutócicos, ventosas e fórceps (maioria) o cateter epidural é retirado antes da sua transferência para o Puerpério. E avalia-se o restabelecimento da eliminação urinária (principalmente se tiver sido realizada analgesia ou anestesia loco regional, em que existe maior probabilidade de retenção urinária, devido à diminuição da sensibilidade das terminações nervosas),

caso não consiga urinar é realizado um esvaziamento vesical se apresentar globo vesical.

No caso das cesarianas com anestesia geral é realizada uma vigilância pós-anestésica, do estado de consciência e do penso operatório, assim como restante avaliação puerperal realizada nos outros tipos de parto.

De seguida, são prestados os cuidados de higiene e conforto no leito à Puérpera, recém-nascido e é prestado apoio à família/companheiro, assim como são esclarecidas dúvidas sobre os cuidados de saúde no pós-parto relacionados com a recuperação puerperal e com os cuidados ao recém-nascido.

Segundo os autores, Lima, Guedes, Silva, Freitas e Fialho (2016), a Enfermagem engloba o cuidar do outro, responder às suas necessidades com sensibilidade e solidariedade, de forma a promover o conforto e bem-estar.

Os autores Rodrigues, Dodou, Lago, Mesquita, Melo e Souza (2014, p. 228) reforçam a ideia da importância dos cuidados de enfermagem e da enfermagem especializada referindo que “(...) o cuidado da equipe de saúde surge como base para a prevenção de complicações, por meio do apoio social físico, emocional e informacional, este último reforçando orientações que proporcionem à mulher condições para cuidar de si e do seu filho.”

É no momento pós-parto e começa logo no puerpério imediato a identificação de situações que possam interferir com o processo de vinculação e com uma adequação psicológica da Puérpera ao recém-nascido, ou seja, é neste momento em que há o confronto entre o recém-nascido real e o imaginário e cabe ao EEESMO despistar situações que possam influenciar a relação da puérpera/casal com o recém-nascido.

Em relação ao recém-nascido, é avaliada a glicemia capilar se tiverem um peso inferior a 2500 gramas ou superior a 3500 gramas, se estiver desinteressado em mamar, ou se as características das mamas não permita a adaptação com facilidade ou se for diabética, para despistar as hipoglicémias evitando o aparecimento de sinais de hipoglicemia. Caso seja necessário, é dado leite pela técnica do copinho, para subir os valores glicémicos do recém-nascido, caso a amamentação não seja eficaz.

Verifiquei que existem recém-nascidos que não conseguem fazer preensão da areola mamária, não apresentam reflexos de sucção ou por imaturidade, por não

terem fome (bons valores de glicemia capilar) ou por se encontrarem nauseados.

Adapte e readapte o recém-nascido à mama, quando apresentava sinais de busca e se a glicemia estivesse com valores *borderline*.

Avaliei os sinais de boa pega, de forma a identificar desvios na amamentação para serem prestados cuidados mais diferenciados àquela díade, de forma a promover a amamentação precoce de forma eficaz.

Ao longo do estágio apercebi-me de que a maioria das puérperas está desperta para as vantagens e benefícios da amamentação, tendo em conta a sua recuperação pós-parto e os benefícios para os recém-nascidos.

Segundo o Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras (s.d.), o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica deve promover a amamentação, através do ensino, instrução e treino da amamentação, com a avaliação da posição do recém-nascido, das características da adaptação à mama, presença de reflexo de sucção e deglutição do recém-nascido, horário e frequência das mamadas, assim como ensinamentos sobre a prevenção da maceração e fissuras dos mamilos

Com a finalização do estágio com Relatório posso concluir que consegui atingir o objetivo proposto, desenvolvi as competências H3 e H4 propostas pela Ordem dos Enfermeiros (2010a), através das intervenções descritas e analisadas por mim ao longo deste objetivo.

Desta forma prestei cuidados de enfermagem especializados à mulher, recém-nascido e respetiva família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto e puerpério, proporcionando um ambiente seguro e confortável, otimizando a saúde da parturiente e o bem-estar do recém-nascido, contribuindo desta forma para a diminuição da morbilidade e mortalidade (diagnosticando precocemente as complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido) materna, perinatal e neonatal, de forma a promover a saúde e bem-estar e vinculação da tríade e respetiva família.

4.3. OBJETIVO 3

Delineei o terceiro objetivo: **mobilizar a evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna, obstetrícia e ginecologia**, que se encontra de acordo com os objetivos

pedagógicos da ESEL e com a competência H6 (O.E. 2010), tendo este sido aplicado ao longo do estágio com relatório assim como nas análises das práticas.

Tive oportunidade de realizar alguns turnos no SUOG, que tiveram a duração aproximada de uma semana, e tive a possibilidade de estar na triagem e desenvolver a minha capacidade de gerir esta valência calmamente, pois existiu uma baixa procura nos cuidados urgentes. Percebi a importância da enfermeira dominar a área da ginecologia e também a da obstetrícia, para poder realizar uma correta triagem (mesmo sem fazer diagnósticos médicos), e orientar a entrevista com a utente na chegada ao serviço de urgência.

A triagem da mulher é realizada por EEESMO (maioritariamente), existindo outra enfermeira de cuidados gerais responsável por prestar cuidados gerais e as intervenções necessárias de acordo com as prescrições médicas.

No início de cada triagem foi realizada a identificação da EEESMOG e de mim (aluna CMESMO), de forma a que a utente se sentisse confortável e confiante face aos cuidados prestados. Durante a triagem, ao serem observadas as utentes, são identificadas as situações que podem necessitar de cuidados imediatos; para além de serem também realizadas as entrevistas para realização da história clínica (história de saúde global e saúde obstétrica e ginecológica) identificando o motivo da urgência, assim como podem ser efetuadas observações físicas e ginecológicas, de forma a determinar a necessidade de cuidados urgentes/emergentes.

Estes turnos tiveram pouca afluência. No que diz respeito à obstetrícia, tive contacto com parturientes em início de trabalho de parto, grávidas com ameaças de parto pré-termo, rutura prematura de membranas pré-termo, mulheres com suspeitas de gravidez (pelo quadro clínico apresentado), e uma apendicite de uma grávida.

Relativamente à área ginecológica, tive contacto com uma situação de uma mulher com 55 anos, com antecedentes pessoais de espessamento do endométrio e que apresentava episódios de urgência associados a metrorragias graves. Desta vez, a utente deu entrada na urgência com hemorragia vaginal abundante, que já tinha iniciado há 2 dias mas com agravamento de duas horas antes de recorrer ao SUOG. Foram realizados novamente exames e manteve-se o diagnóstico de espessamento do endométrio. Devido à gravidade do quadro clínico existiu a necessidade de transfusão sanguínea, pois só após a estabilização hemodinâmica

tinha indicação para ser realizada uma curetagem e a respetiva biópsia do endométrio.

Face à situação ginecológica que descrevi anteriormente, a utente estava pouco disponível para comunicar com os profissionais, pelo cansaço, apatia, prostração, pela anemia grave (Hemoglobina de 5,4g/l) e encontrando-se a ser transfundida. Monitorizei a utente, vigiando sempre os parâmetros vitais, as perdas hemáticas por via vaginal, prestei cuidados de conforto e higiene no leito. Proporcionei também um ambiente calmo e confortável, de forma a que a utente pudesse descansar durante a transfusão sanguínea. Prestei apoio e desenvolvi momentos de escuta ativa com o companheiro e facultei informação ao casal sobre a situação clínica, pedindo apoio à equipa médica de forma a darem mais informações pormenorizadas.

Os autores Araújo, Regini e Aimondo (s.d., p. 9) salientam a importância das EESMOG, referindo que “através da consulta de enfermagem no atendimento clínico-ginecológico é possível fornecer orientações às mulheres, visando aumentar a compreensão desta sobre o processo saúde-doença”.

Em relação à valência de obstetrícia, após realizada a triagem no SUOG às mulheres no período pré-natal (complementado a avaliação do objetivo 1), seguiu-se a observação física, a identificação dos valores analíticos assim como ecografias realizadas, as quais se encontram descritas no Boletim de Saúde da Grávida, o que permite a ligação entre a avaliação da evolução da Gravidez nos Cuidados de Saúde Primários e o Hospital. Também avaliei os parâmetros vitais das mulheres e realizei a auscultação cardíaca fetal, antes da realização do CTG, de forma a identificar a frequência cardíaca fetal despistando situações de taquicardia ou bradicardia fetal.

Nas situações de RPMPT e de APPT, tal como nas situações de início de trabalho de parto, encaminhei as mulheres para a realização da cardiotocografia de forma a avaliar o bem-estar fetal, também as monitorizei para realizar o exame durante cerca de 30 minutos. Nas situações de RPMPT sem trabalho de parto, encaminhei as grávidas para Internamento de Medicina Materno-Fetal, onde seria realizada a maturação pulmonar nas idades gestacionais abaixo das 37 semanas de idade gestacional; noutras situações, é efetuada uma indução do trabalho de parto, quando a idade gestacional o permite, assim como o bem-estar fetal. Nas situações

de APPT, com idades gestacionais baixas, encaminhei as grávidas para a sala de observação do Bloco de Parto, onde é aplicado à mulher o protocolo de tocólise, de forma a inibir a contratilidade uterina e evitar um parto pré-termo.

Na situação de apendicite na grávida, esta ficou no SUOG a aguardar o jejum, para ser submetida à apendicectomia e ser transferida posteriormente para o Serviço de Grávidas. Prestei também cuidados de conforto, proporcionei um ambiente calmo e confortante e realizei todas as outras intervenções que estão associadas a uma preparação operatória (colheita de sangue para hemograma, bioquímica e coagulação, temperatura corporal e sinais vitais).

Proporcionei apoio emocional, escuta ativa e relação de ajuda à grávida/parturiente e companheiro de forma a diminuir os níveis de ansiedade e desenvolver confiança das mulheres e dos companheiros.

Para além de identificar as situações através da triagem das utentes, também colaborei com a equipa médica na realização de exames complementares de diagnóstico, como por exemplo: colheita de sangue para análises, colheita de urina, análise sumária de urina e realização de cardiotocogramas (nas grávidas e parturientes) e prestar informação à utente e família, de forma a tranquilizá-las.

Nas situações de início de trabalho de parto, ao ser avaliada a cervicometria pelo obstetra, (no SUOG, na maior parte das vezes, é efetuado pelo obstetra, caso este não esteja disponível numa situação de urgência a cervicometria é realizada pelo EEESMO) se a parturiente estiver na fase de ativa do trabalho de parto, será realizado o encaminhamento para o Bloco de Partos, se estiver na fase latente poderá ser efetuado o internamento no Serviço de Internamento de medicina materno-fetal caso o obstetra assim o decida.

Realizei vários acolhimentos e transferências de mulheres do SUOG para o Bloco de Partos. Identifiquei a importância de realizar uma colheita de dados completa para a realização da história de saúde da parturiente/grávida, de forma a identificar os fatores de risco materno e/ou fetais para o trabalho de parto, parto e no pós-parto; também efetuei a transferência de algumas grávidas e parturientes em fase latente de trabalho de parto para o internamento de grávidas.

O estágio no SUOG permitiu-me desenvolver as minhas competências técnicas e relacionais nos cuidados de enfermagem especializados à mulher que recorre ao SUOG, diagnosticando e prevenindo complicações futuras, que surgem

nas situações de doença/risco e desconforto das mulheres/grávidas/parturientes e que envolvem as respetivas famílias, que vivenciam uma situação de risco potencial ou real. Desta forma, consegui atingir o objetivo inicialmente proposto. Consegui desenvolver a minha tomada de decisão e autonomia nos cuidados prestados progressivamente ao longo do estágio, graças à orientação da minha enfermeira orientadora, que me proporcionou grandes momentos de aprendizagem.

O autor Lazure (1994) permite-me fundamentar a minha afirmação, referindo que o enfermeiro tem a função de assistir a utente face à situação atual, continuar a acompanhá-la de forma a desenvolver compreensão pessoal e mecanismos de *coping* face ao objetivo atual.

4.4. Objetivos Pessoais: Objetivo 4, 5 e 6

Apesar de este relatório se centrar nas atividades desenvolvidas, de forma a desenvolver as competências de EEESMO, as quais foram adquiridas durante o estágio com relatório; os objetivos 4, 5 e 6 também foram desenvolvidos no âmbito do Mestrado ao longo do CMESMO.

Assim sendo, delineei três objetivos pessoais, relacionados com a temática da sexualidade na gravidez que denominei **“Olhar a Sexualidade Masculina na Gravidez: Desenvolvimento de Competências do EEESMO”**, que desenvolvi durante o estágio. Os objetivos são:

- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área da sexualidade masculina durante a gravidez;
- Identificar as dificuldades sexuais mencionadas pelos homens no decorrer da gravidez da companheira;
- Identificar as necessidades formativas/informativas mencionadas pelos homens sobre a sexualidade durante a gravidez.

De seguida, descrevo as atividades que foram desenvolvidas para os atingir de forma individual, visto que estes objetivos me têm acompanhado ao longo dos ensinamentos clínicos, para além do momento do estágio com relatório. Este subcapítulo contempla o enquadramento teórico da temática da sexualidade masculina durante a gravidez de forma a aprofundar e desenvolver as minhas competências sobre a referida temática.

A escolha desta temática deve-se ao facto de a sexualidade na gravidez ser muitas vezes menosprezada pelos profissionais de saúde, não sendo abordada durante os cuidados pré-natais.

O autor Polomeno (2011) refere que muitas vezes os homens “sacrificam” a sua sexualidade para garantir o bem-estar materno-fetal, embora isso provoque alterações na relação do casal. Devem-se instruir os homens para as mudanças que advêm da gravidez em termos sexuais, de forma a diminuir as dificuldades, desmistificando e corrigindo falsos conceitos sobre os medos, de forma a desculpabilizar o sexo durante a gravidez, conforme refere Vanelli & Silva (2011).

O autor Polomeno (2000) reforça ainda a ideia de que raramente os profissionais de saúde questionam o companheiro se tem alterações ou problemas da sua sexualidade devido à gravidez. Pois é uma temática desconfortável para os Profissionais de Saúde, os Enfermeiros só a abordam quando questionados, por não se sentirem à-vontade para o fazerem (Alteneder & Hartzell, 1997; Foux, 2008; França, Brito, Campo, Almeida, Marin & Marin, 2014; Polomeno, 2000, 2011).

A O.E. (2010b) evidencia as competências do EEESMO, referindo que este é responsável pela promoção da saúde e prevenção da doença, considerando a gravidez como um processo fisiológico natural na vida da Mulher, assim como também é responsável pela educação para a saúde antes, pré e pós-natal, preparação para o parto e parentalidade, abrangendo a saúde sexual e reprodutiva.

Indo ao encontro da satisfação das necessidades das mulheres e de acordo com a temática escolhida por mim, evidencio a Teórica Nancy Roper como uma teórica que demonstra a importância de identificar a sexualidade como uma das doze atividades de vida que devem ser avaliadas, referenciando-a com a “expressão da sexualidade”.

A teórica Nancy Roper defende que a sexualidade faz parte da personalidade e do comportamento interpessoal de cada um.

4.4.1. Objetivo 4

De forma a atingir o quarto objetivo do presente trabalho, nomeadamente: **Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área da sexualidade masculina durante a gravidez**, realizei previamente a revisão da literatura através da realização de uma *Scoping Review*, identificando a dimensão da

temática/problemática assim como a sua aplicabilidade na Enfermagem, permitindo desta forma delinear as intervenções e as atividades necessárias.

Metodologia

Realizou-se uma *Scoping Review* (Apêndice V), segundo Instituto *Joanna Briggs*, para poder atingir o conhecimento da dimensão da temática.

Desta forma, para se iniciar o estudo da problemática, formulou-se a pergunta de partida: “De que forma a sexualidade masculina é afetada pela gravidez?”.

Após a pergunta de partida formulada, temos que definir a mnemónica PCC como população: companheiro, o conceito: sexualidade masculina na Gravidez e o contexto: é inespecífico.

Os conceitos-chave desta *Scoping* são os seguintes: sexualidade na gravidez, sexualidade masculina e educador perinatal.

Foram incluídos na *Scoping* todos os estudos primários e artigos que surgiram de revisões da literatura, meta-análise e artigos de opinião sem limite temporal, quer seja abordagem qualitativa ou quantitativa que se encontrem escritos em português, inglês, francês e espanhol. Serão excluídos todos os artigos duplicados que não abordem a temática e que se encontrem em idiomas diferentes dos supramencionados.

A pesquisa foi realizada através da utilização da plataforma *EBSCO HOST* (base de dados *MedLine- MeSH* e *CINALH- CINALH heading*, ambos com *with Full Text*), *BIBLIOTECA DO CONHECIMENTO ONLINE (b-on)* e Google.

No apêndice V, podem ser observados todos os termos naturais e indexados e naturais que foram utilizados segundo a mnemónica PCC, na pesquisa da plataforma EBSCO, de forma a direcionar o estudo para a área de Enfermagem

Estes termos foram intersetados com os operadores booleanos “AND” e “OR”, tendo dado como resultado das duas bases de dados 89 artigos (45 artigos da *MedLine* e 44 artigos da *CINALH*), dos quais foram excluídos 4 artigos por se encontrarem repetidos.

A primeira seleção dos artigos foi efetuada através da leitura do título dos artigos identificados na pesquisa, tendo sido excluídos os artigos cujos títulos não eram alusivos à temática, ficando com 20 artigos da *MedLine* e 18 artigos da *CINALH*.

De seguida, fiz uma segunda exclusão de artigos, a qual foi centrada na leitura do *abstract* dos mesmos, tendo rejeitado todos os artigos que não abordavam a temática. Foram selecionados apenas 6 artigos pertinentes para a temática (3 artigos da *MedLine* e 3 artigos da *CINALH*).

Como o número de artigos era mínimo, foi realizada uma pesquisa mais abrangente através da plataforma b-on, com os termos “*Male sexuality during pregnancy*”, sendo selecionados 2 artigos para a temática.

Numa tentativa de aumentar a evidência científica sobre esta temática, foi utilizada a plataforma Google, na qual foram identificados 5 artigos através da utilização das mesmas expressões utilizadas na plataforma b-on e em português (sexualidade masculina na gravidez).

Foram selecionados apenas 13 artigos (3 da *MedLine*, 3 da *CINALH*, 2 da plataforma *b-on* e 5 da plataforma Google).

Os resultados destas pesquisas nas bases de dados serviram de ponto de partida para o estudo da temática, para realizar a revisão da literatura e para a construção do guião de orientação da entrevista informal durante a prestação de cuidados nos ensinos clínicos e no momento do estágio com relatório.

Revisão da Literatura

Os resultados obtidos através realização da *scoping review* realçaram estas conclusões resumidamente: o processo fisiológico da gravidez afeta a resposta sexual da grávida e que ocorrem alterações da sexualidade masculina durante a gravidez como a frequência sexual, da satisfação sexual, do desejo sexual e da libido, associado a medos e mitos relacionados com a presença do feto e relacionados com a imagem da grávida, à fadiga, à diminuição do desejo sexual da companheira, ao desconforto sexual da grávida.

Os companheiros defendem que a sexualidade é importante nas suas vidas e na relação conjugal e que a falta de informação do companheiro é um fator precipitante da alteração da sexualidade, evidenciando que a educação para a saúde no período pré-natal é fundamental desenvolver mecanismos de *coping* vivenciar a sexualidade em plenitude.

A evidência científica também referencia que a temática da sexualidade é desconfortável para os profissionais de saúde, sendo apenas abordada quando é questionada.

No Apêndice VI, encontram-se todos os artigos utilizados para realizar a revisão da literatura segundo as etapas da *Scoping Review*, assim como todos os autores que sustentam as conclusões por mim referidas.

Desta forma, atingi o objetivo que me propus desenvolver durante o estágio com relatório através da realização da *Scoping Review*.

Para atingir os outros dois objetivos propostos anteriormente (Objetivos 5 e 6), surgiu a necessidade de construir um guião (Apêndice VII) que serviu de fio condutor para organizar o meu discurso, este foi aplicado informalmente aos companheiros durante a prestação de cuidados de Enfermagem Especializados no Bloco de Partos, principalmente.

Com o guião pretendia obter os seguintes resultados: identificar se existiam alterações da sexualidade masculina na gravidez e quais os motivos, aprofundar os conhecimentos sobre a vivência da sexualidade pelo companheiro, assim como identificar quem abordou a temática e esclarecer o companheiro/casal sobre a sexualidade na gravidez. Acima de tudo reconhecer o que o companheiro espera do EEESMOG, identificando a melhor conduta a ter ao abordar a temática com o companheiro no período pré-natal.

A abordagem da temática da sexualidade era iniciada com o casal, mas com o evoluir do diálogo era direcionado para o companheiro. Havia casais que não se sentiam à-vontade em abordar a temática e acabavam por não responder.

4.4.2. Objetivo 5

Resultados obtidos através das atividades desenvolvidas

A conversa informal foi realizada maioritariamente em casais que tiveram gravidezes de baixo risco, os companheiros apresentavam idades entre os 20 e os 40 anos.

Durante as conversas informais, verifiquei que os companheiros associam a sexualidade apenas às relações sexuais, e que para eles a manutenção da sexualidade é muito importante durante a gravidez, justificando esta posição como

sendo uma forma de evitar a infidelidade e de manter a proximidade na relação do casal.

Os companheiros praticamente desconhecem as alterações da sexualidade feminina durante a gravidez e mencionam que as companheiras sentem desconforto durante a relação sexual (como desconforto pélvico, provocado pelo aumento do volume abdominal, dor na penetração e contratilidade associada às relações sexuais).

Em relação à sexualidade masculina, os companheiros negam as alterações, tendo sido apenas referidas, duas situações de alteração da ereção, que associaram aos movimentos fetais e ao medo de alterar o bem-estar fetal.

Verifiquei que a iniciativa para iniciar as relações sexuais era tida por ambos e que a frequência das relações sexuais começava a diminuir no segundo trimestre, sendo mais acentuada no terceiro trimestre. Em relação ao desejo sexual masculino, este é mantido mas a sua satisfação sexual diminui com o avançar da gravidez.

Estas alterações sexuais são justificadas pelos medos/receios em provocar problemas ao feto e/ou interferir com o normal desenvolvimento da gravidez que até ao momento era saudável, desenvolvendo posteriormente sensação de culpa de existirem intercorrências após o ato sexual.

Desta forma, através de conversas informais, durante os cuidados de enfermagem especializados consegui **identificar as dificuldades sexuais mencionadas pelos homens no decorrer da gravidez da companheira.**

Estas informações estão em consonância com diversos autores da evidência científica identificada pela *Scoping Review* (Apêndice VI).

4.4.3. Objetivo 6

Em relação ao último objetivo por mim planeado: **identificar as necessidades formativas/informativas mencionadas pelos homens sobre a sexualidade durante a gravidez**, verifiquei que durante a prestação de cuidados especializados, os companheiros referiram que a temática da sexualidade raramente é abordada nas consultas pré-natais pelos profissionais de saúde, contudo, quando abordada é realizada por enfermeiros nos Cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade, sendo realizadas algumas referências à temática pela grávida para

esclarecimento de dúvidas, ou pela equipa médica para impor a abstinência (sem uma explicação acessível ao casal), nas situações de gravidez de risco.

Identifiquei que o tipo de informação prestada se baseia em duas vertentes: uma, a de impor a abstinência, sem explicar a influência da relação sexual no evoluir da gravidez, e a outra, a de explicar que as relações sexuais não interferem com o bem-estar materno-fetal, e explicar o motivo dos desconfortos. A abordagem á temática é realizada sobretudo nos Cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade, complementada com a pesquisa pessoal na internet.

Os companheiros referem que o programa pré-natal deveria abordar a temática da sexualidade na gravidez (posições sexuais, influência das relações sexuais durante a gravidez e no bem-estar fetal, apoio ao casal no desenvolvimento de mecanismos de *coping* para se readaptarem à sexualidade nesse momento), assim como no pós-parto. A massagem perineal está a começar a ser abordada nos cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade (existe alguma referência a esta técnica), mas a relação sexual como meio de indução do trabalho de parto é esquecida e não é abordada diretamente pelos profissionais, ou seja, é abordada indiretamente como forma de “namorar” no final da gravidez e não o objetivo pelo qual se aborda em termos fisiológicos.

Os companheiros referiram que sentiram falta de informação e apoio por parte dos profissionais para se manterem sexualmente ativos durante a gravidez.

Perante a evidência adquirida durante as conversas informais durante a prestação de cuidados, verifica-se que é muito importante abordar esta temática nas consultas pré-natais de forma a esclarecer o casal a adaptar-se à nova condição de vida transitória.

Deste modo e de acordo com a evidência recolhida durante os cuidados prestados, consegui atingir o objetivo proposto.

Sexualidade Masculina durante a gravidez e os cuidados do EEESMO na Educação para a Saúde

Esta intervenção de Educação para a Saúde está sustentada na competência H7 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG (O.E., 2010 a) aprovado pelo decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009, que refere que o EESMOG deve promover a saúde do grupo alvo, que

são os companheiros, identificando as necessidades de cuidados (Unidade de Competência H7.1.) e diagnosticando precocemente, de forma a prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva (Unidade de Competência H7.2.). Refere que o EESMOG é um profissional de referência no âmbito da saúde sexual, reprodutiva e ginecológica, prestando cuidados especializados nos processos de saúde e doença (O.E., 2011).

O EESMOG pretende promover cuidados de qualidade, culturalmente adequados e congruentes no que respeita às necessidades da população, identificando problemas relacionais e conjugais durante a gravidez, de forma a eliminar esse *stressor*, proporcionando bem-estar físico, emocional e sexual, diminuindo o estado de ansiedade da grávida/companheiro, que só por si é gerador de ansiedade, tensão e apreensão. Pois o bem-estar psico-emocional e sexual do casal é fundamental para se ter sucesso no processo de vinculação.

O EESMOG deve assegurar a acessibilidade aos cuidados de saúde, contribuir para a satisfação dos clientes, produzir ganhos em saúde relacionados com a saúde ginecológica, sexual e reprodutiva, promovendo uma tomada de decisões autónomas, ajudando à vivência positiva dos processos fisiológicos, relacionados, por exemplo, com a sexualidade e gravidez.

A ICM (2013) criou sete competências, das quais seleccionei 3, que justificam a sua pertinência para temática desenvolvida. Referindo que as competências das parteiras são baseadas em evidências, têm uma tarefa importante no aconselhamento da saúde e educação da mulher (educação pré-natal e preparação para o nascimento e paternidade – Competência 2), do seio familiar e da comunidade, e estendem-se ainda à saúde sexual, reprodutiva e cuidados neonatais. As parteiras têm conhecimentos úteis na promoção da saúde, prevenção da doença (competência 1) e capacidade de realizar as tarefas conducentes a uma educação para a saúde na gravidez (competência 3).

De acordo com a ICM, os EESMO são responsáveis por cuidados diferenciados na promoção da educação para a saúde sobre a temática da sexualidade na gravidez, envolvendo o companheiro nas consultas de assistência pré-natal e no seu esclarecimento. São, igualmente, responsáveis pela identificação, diagnóstico, implementação e avaliação das intervenções realizadas junto das grávidas e companheiros de forma a evitar alterações à sexualidade do casal ou o

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estágio com relatório, consegui atingir os objetivos delineados e considero ter desenvolvido as competências específicas do EEESMO de acordo com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010a) e pela ICM (2013). Permitiu-me descrever e analisar as atividades implementadas e possibilitou-me também uma reflexão sobre as mesmas, tendo em conta a evidência científica.

A minha integração na equipa de enfermagem e a orientação da Enfermeira Especialista possibilitaram-me o desenvolvimento das competências de EEESMOG, desenvolvi as minhas aptidões no saber-fazer, saber-estar e saber-ser, a capacidade de fundamentar cada intervenção de acordo com a evidência científica, tornando-me cada vez mais autónoma nas intervenções. Permitiram-me também compreender e refletir sobre a responsabilidade de cada intervenção, e ter a perceção de que a autonomia suscita uma grande responsabilidade na tomada de decisões, algumas de forma autónoma e outras de forma interdependente; o EEESMO tem nos cuidados junto das mulheres, um papel de “advogada de defesa” ao proporcionar o trabalho de parto e parto o mais humanizado possível, satisfazendo as vontades das mulheres e dos companheiros, proporcionando deste modo um momento único.

O EEESMOG é importante na formação e educação para a saúde da grávida/acompanhante/família durante a gravidez, trabalho de parto e parto, de forma a alcançar experiências gratificantes durante estes momentos de transição, desenvolvendo mecanismos de *coping* para se adaptar à transição para a parentalidade de forma adequada.

A temática de interesse neste Relatório de Estágio foi: **“Olhar a Sexualidade Masculina na Gravidez: Desenvolvimento de Competências do EEESMO”**. Foi necessário primeiramente conhecer a evidência científica sobre a temática da sexualidade masculina na gravidez.

Desta forma, com a realização da revisão da literatura, consegui aprofundar os meus conhecimentos relacionados com a sexualidade masculina durante a gravidez, identificar mitos e medos associados à sua prática, e acima de tudo à

atitude dos profissionais de saúde face a esta temática e o que os companheiros esperam destes no acompanhamento pré-natal.

Para avaliar as necessidades dos companheiros foi utilizado o modelo conceitual de Nancy Roper, que aborda as dozes atividades de vida, como a manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração, comer e beber, eliminar, cuidados de higiene e vestuário, controlar a temperatura corporal, mobilidade, trabalho e lazer, dormir/sono, morrer e a “expressão da sexualidade”.

Das atividades de vida, segundo Nancy Roper, verifica-se que a “expressão da sexualidade” é raramente desenvolvida pelos profissionais de saúde, e foi esta a atividade de vida que se pretendeu estudar com o presente trabalho, identificando as necessidades de formação/informação por parte dos companheiros, de forma a promover uma sexualidade adequada durante a gravidez.

O Modelo de Nancy Roper ainda realça para a necessidade de se ter em atenção os fatores socio-culturais que estão na base do conceito da sexualidade do indivíduo, pois a religião e alguns hábitos culturais influenciam a forma como o indivíduo vive e percebe a sua sexualidade.

Através das informações recolhidas, verifiquei que em pleno século XXI existem dúvidas e medos relacionados com a sexualidade, os quais influenciam a vivência da sexualidade masculina na gravidez de forma negativa, e que os profissionais de saúde não estão despertos nem disponíveis para abordar o tema.

Segundo Vanelli e Silva (2011), os homens devem ser instruídos sobre a influência da sexualidade na gravidez, minimizando as dificuldades, desmistificando e corrigindo falsos conceitos relacionados com a gravidez.

Este trabalho pretende contribuir para a valorização do EEESMO como: educador para a saúde, na promoção da saúde sexual durante a gravidez; elemento dinamizador dos pares; e agente facilitador dos processos de transição, ajudando os utentes a desenvolver mecanismos de *coping* para ultrapassar as dificuldades encontradas, valorizando o/a utente como um ser biopsicosocio-cultural, adequando os cuidados de Enfermagem centrados no utente e a sua toma de decisão autónoma e consciente.

Assim sendo, após a realização das atividades planeadas e desenvolvidas no âmbito deste estágio com relatório, desenvolvi as competências no âmbito da sexualidade e saúde reprodutiva durante a gravidez com maior ênfase na

sexualidade masculina, possibilitando a educação para a saúde no que diz respeito à promoção da sexualidade durante a gravidez.

Este estudo teve algumas vantagens, tais como a desmistificação e redução dos medos/mitos e percepções erróneas que possam modificar a sexualidade do casal, esclarecendo as dúvidas durante os cuidados prestados.

Identifiquei que os companheiros se sentem sozinhos e pouco apoiados nas alterações que ocorrem nas companheiras grávidas, incluindo na sexualidade neste período, e não se sentem incluídos nos cuidados de Enfermagem prestados pelos EEESMO tanto no que se relaciona com o hospital como nos Cuidados de Saúde Primários no acompanhamento pré-natal.

Os companheiros sentem-se vulneráveis e precisam de apoio do EEESMO durante o período pré-natal. Ou seja, os cuidados de Enfermagem devem-se descentralizar (relativamente a uma preocupação exclusiva com o bem-estar materno-fetal), e focar-se, antes, nos cuidados prestados à grávida, inserida na família e comunidade (incluindo o companheiro), conforme se encontra descrito nas competências do EEESMO, identificando e satisfazendo as necessidades da tríade, prestando o cuidado centrado na família.

Segundo Foux (2008), os Profissionais de Saúde devem disponibilizar recursos éticos e seguros para ajudar a resolver os problemas sexuais dos casais. Pois a atividade sexual é uma fonte importante da satisfação e bem-estar conjugal e que a sua ausência poderá desenvolver sentimentos de frustração por parte do cônjuge, levando a problemas na relação conjugal (Guimarães & Oliveira, 2015).

Através deste processo de aprendizagem, também desenvolvi as minhas competências de Mestre de acordo com os descritores de Dublin do 2º Ciclo, as quais foram desenvolvidas da seguinte forma: aumento o conhecimento e capacidade de compreensão das situações vividas no que se refere ao ensino clínico, tendo aprofundado e desenvolvido conhecimentos de obstetrícia e ginecologia previamente adquiridos, por outro, lado aumentei os meus conhecimentos sobre a sexualidade na gravidez, o que me permitiu identificar as lacunas na educação para a saúde, relacionadas principalmente com as relações sexuais durante a gravidez. Com este conhecimento, pretendo, no futuro, promover a sexualidade na gravidez, desmistificando e esclarecendo os companheiros/casais.

Aumentei a competência de conseguir aplicar os conhecimentos, desenvolver a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas não vivenciada até ao momento, de forma a satisfazer as necessidades dos utentes/família e tendo em vista o bem-estar materno-fetal num ambiente calmo e seguro. Transpondo para o trabalho desenvolvido sobre a sexualidade masculina na gravidez, consegui esclarecer as dúvidas dos casais relacionadas com as relações sexuais na gravidez, desmistificando e “despenalizando” a sua prática na gravidez.

Demonstrei capacidade de relacionar e integrar novos conhecimentos, lidando com situações complexas, tentando junto com a Enf^a Orientadora delinear possíveis alternativas para resolvê-las ou interagir com a equipa médica, de forma a encontrar um solução em conjunto para o problema. Foram realizadas reflexões sobre as implicações de diversas situações que surgiram no estágio em termos éticos e sociais, salvaguardando sempre o bem-estar do casal e feto/recém-nascido, dando sempre o poder de decisão ao casal, após estar este devidamente informado.

Atingi a competência da comunicação, pois ao longo do ensino clínico desenvolvi a capacidade de comunicar as conclusões à equipa, de forma clara e sem ambiguidades, decorrentes de uma determinada situação, tendo por base os conhecimentos prévios e desenvolvidos ao longo do estágio com relatório e de acordo com os raciocínios, tendo em conta também a prática baseada na evidência. Aplicando esta competência ao trabalho, consegui adquirir mais conhecimentos sobre a sexualidade na gravidez, verifiquei que em pleno século XXI ainda existem muitas dúvidas sobre a prática de relações sexuais na gravidez e constatei que os Profissionais de Saúde não se encontram despertos para essa situação.

Em conclusão, desenvolvi competências que me permitirão realizar uma aprendizagem contínua ao longo da vida, de forma autónoma e orientada.

Por fim com a realização deste trabalho, pretendo alargar futuramente este estudo ao nível de uma investigação, de forma a obter resultados mais concretos sobre a forma como os companheiros das grávidas gostariam de ser ajudados pelos profissionais de saúde e qual a forma mais adequada de instruir sobre esta temática. Contudo pretendo divulgar este trabalho em *poster* em futuras conferências sensibilizando para a necessidade da abordagem da temática na assistência pré-natal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alteneider, R. & Hartzell, D. (1997). Addressing Couples' Sexuality Concerns During the Childbearing Period: Use of the PLISST Model. *JOGNN Principles & Practice*, 26(6), 651-658. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.1997.tb02739.x>
- Alves, J., Metello, J. L, Torgal, M., Avillez, T. & Hermida, M. (2011). Curetagem pós-parto por suspeita de retenção de produtos de concepção. *Acta Obstet Ginecol*, 5(4), 165-169. Acedido em 3-10-2017. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/2011-5artigo_original_2.pdf
- Araújo, M. D. M., Regiani, L. & Raimondo, M. L. (s.d.). Atuação de Profissionais Enfermeiros durante o processo de Assistência Clínico- Ginecológica à Mulher em Unidades Básicas de Saúde. *VI Semana de Enfermagem*, 7- 9. Acedido em 3-10-2017. Disponível em: <http://www.ibaconline.com.br/jornada/pdf/consulta-enfermagemginecologica.pdf>
- Bloom, S. L., McIntire, D., Kelly, M. A., Beimer, H. L. Burpo, R. H., Garcia, M. A. & Leveno, K.J. L. (1998). Lack of effect of walking on labor and delivery. *The New England Journal of Medicine*, 339(2), 76-79. Acedido em 3-10-2017. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/nejm199807093390203>
- Bogren, L. (1991). Changes in Sexuality in Women and Men During Pregnancy. *Archives Behavior*, 20(1), 35-45. Acedido em 09-04-2016. Disponível em: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=3a51a7f8-9ce5-4398-9a08-bc91756b1285%40sessionmgr120&hid=122&bdata=Jmxhbm9cHQtYnI mc2l0ZT1lZHMtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=edsqcl.10463553&db=edsqao>

- Britar, R. E. & Zugaib, M. (2009). Tratamento do trabalho de parto prematuro. *Revista Brasileira Ginecologia, Obstetrícia*, 31(8), 415-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000800008>
- Carmo, W. R., Carvalho, T. R., Costa, R. S., Ferreira, G. G., Kussler, I. E., Maduro, R. V., Souza, S. F., Martins, V. D. & Schneider, W. C. (2008). Eclâmpsia: abordagem ao diagnóstico e à conduta. *Revista Médica de Minas Gerais*, 18(3), 25-28. Acedido em 12-09-2017. Disponível em: <http://www.google.pt/url?url=http://rmmg.org/exportar-pdf/1300/v18n3s4a06.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwimwN7frOfWAhWDCBoKHbTUDRAQFggUMAA&usq=AOvVaw1KJ5hpEWoA9pdmFohjApNd>
- Carteiro, D. & Marques, A. (2013). A Gravidez e o seu impacto na sexualidade dos futuros pais. *Saúde Reprodutiva Sexualidade e Sociedade*. 3, 46-55. Acedido em 09-04-2016. Disponível em: <http://revistas.apf.pt/index.php/srss/article/view/38/32>
- Clode, N., Nunes, J., Cardoso, C. & Graça, L. M. (1994). Implicações Clínicas das características do fluxo Útero-Placentário na Gravidez complicada por Hipertensão. *Acta Médica Portuguesa*, 7(8), 407-411. Acedido em 02-10-2017. Disponível em <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/2943/2298>
- Direcção-Geral da Saúde (2015). Trabalho de Parto Estacionário. *Orientação I da Direcção-Geral da Saúde*. Acedido 02-10-2017. Disponível em <https://www.google.pt/url?url=https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwjE5qfDtejWAhXBKsAKHWVoAG8QFggUMAA&usq=AOvVaw0q6-uqyt6Wi5jvwXkAOBDq>
-

- Earle, S. & Church, S. (2004). Sexuality and Reproduction. *Practicing Midwife*, 7(4), 28-30. Acedido em 09-04-2016. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=19&sid=9664ecd6-29bb-43ba-ab36-886fa4a5c03c%40sessionmgr103&hid=106&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=15079879&db=mnh>
- Ferreira, M. B. G., Silveira, C. F., Silva, S. R., Souza, D. J. & Ruiz, M. T. (2016). Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*, 50(2), 324-334. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200020>
- Foux, R. (2008). Sex education in pregnancy: does it exist? A literature review. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(3), 271-277. DOI: 10.1080/14681990802226133.
- França, M., Brito, M., Campo, F., Almeida, D., Marin, H. & Marin, H. (2014). Sexualidade na Gestação: Perceção masculina no Hospital São Luiz de Cáceres- MT. *Revista Eletrónica Gestão & Saúde*, 5(1), 47-54. Acedido em 09-04-2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.18673/gs.v5i1.22824>
- Godinho, C. & Campos, A. (2002). Parto Pré-Termo – Avaliação da Morbilidade 2002. *Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, 14(2), 49-56. Acedido em 03-10-2017. Disponível em <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1257/1/Arq%20MAC%202003%2049.pdf>
- Guimarães, D. & Oliveira, Z. (2015). Gestação e Sexualidade: Implicações no relacionamento conjugal. *Revista de Enfermagem UFPE*, 9(4), 8028-8037. DOI: 10.5205/relou.6235-53495-1-RV.0904sup201507
- <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>

<https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms/>

International Confederation of Midwives (2013). *Essential Competencies for basic midwifery practice*. Países Baixos: ICM

Lazure, H (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho (2009). Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). *Diário da República I Série*, N.º 134 (14-07-2009) 4467.

Levy, L. & Bértolo, H. (2008). Manual do Aleitamento Materno. *Comité Português para a UNICEF*. Acedido em 3-10-2017. Disponível em: https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf

Lima, J. V. F., Guedes, M. V. C. Silva, L. F., Freitas, M. C. & Fialho, A. V. M. (2016). Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise íca. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4), 1-5. Acedido em 3-10-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/0102-6933-rgenf-1983-144720160465022.pdf>

Lourenço, C., Silva, J., Castro, J., Veiga, M. & Carvalho, C. (2012). Ventosa Obstétrica: Uma Revisão da Literatura. *Arquivos de Medicina*, 26(6). 254-263 Acedido em 02-10-2017. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132012000600004

Lowdermilk, D. L. (2006a). Cuidados de Enfermagem durante o Trabalho de Parto e Parto. Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (Edits). *Enfermagem na Maternidade* (414-477). Lisboa: LUSODIDACTA

- Lowdermilk, D. L. (2006b). Controlo do Desconforto. Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (Edits). *Enfermagem na Maternidade* (355-387). Lisboa: LUSODIDACTA
- Mamede, F. V., Mamede, A. A. M. & Clápis, M. J. (2004).. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26(2). 295-302. Acedido em 20-05-2018. Disponível em <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1580/932>
- Mamede, F. V., Mamede, M. V. & Dotto, L. M. G. (2007). Mamede, F. V., Mamede, M. V. & Dotto, L. M. G. (2007). Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc Anna Nery Enerm*, 11(2). 331-336. Acedido em 02-10-2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>
- Marques, J. B. & Reynolds, A. (2011). Distócia de Ombros. *Acta Med Pot*, 24(4). 613-620. Acedido em 02-10-2017. Disponível em <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/480/188>
- Matos, T. A., Souza, M. S. S., Santos, E. K. A., Velho, M. B., Seibert, E. R. C. & Martins, N. M. (210). Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira Enfermagem*, 63(6). 998-10004. Acedido em 02-03-2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600020>.
- Ministério da Saúde (2001). *Parto Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde
- Monroe, S. (2008). Midwives Honor Sensuality of pregnancy and Birth. *Midwifery Today*, 85. Acedido em 09-04-2016. Disponível em <https://www.midwiferytoday.com/articles/midwiveshonor.asp>
-

Oliveira, S. M. J. V. & Miquilini, A. C. (2005). Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm USP*, 39(3), 288-295. Acedido em 02-10-2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300006

Ordem dos Enfermeiros (s.d.). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: O.E.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). Parecer nº3/2010 Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e do Enfermeiro de Cuidados Gerais no âmbito da Saúde Sexual Reprodutiva. *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Acedido a 2015-12-04. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Parecer3_MCEES_MO.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem e Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: O.E.

Organização Mundial de Saúde (2013). Clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil. *WHO recommendation for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 14-19*. Acedido em 07-10-2017. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2114934/mod_resource/content/1/Corte%20do%20cord%C3%A3o%20e%20anemia%20WHO_RHR_14.19_por.pdf

Organização Pan-Americana da Saúde (2011). *Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças*. Brasília: Ministério da Saúde.

Periard, A. M., Rezende, Segundo, E. V., Cosso, F. M. G., Lopes, J. R. B., França, M. A., Silva, R. M. P., Valadares, R. F. L. A., Lima, S. A. & Junior, M. D. C. (2011). Atonia Uterina e Hemorragia Pós-parto. *Rev Med Minas Gerais*, 21(4), 22-26. Acedido em 09-04-2016. Disponível em <http://www.google.pt/url?url=http://rmmg.org/exportar-pdf/735/v21n4s6a06.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEWjQoNiYzejWAhUKbxQKHxzAAN8QFggUMAA&usq=AOvVaw3obZ1OT3cmDT8ROKqQeq4P>

Pokorny, M. (2014). Nursing Theorists of Historical Significance. In M. R. Alligood. *Nursing Theorists and their Work* (pp.42-58). Estados Unidos: Elsevier

Polomeno, V. (2000). Sex and Pregnancy. A Perinatal Educator's Guide. *Journal of Perinatal Education*, 9(4), 15-27. Acedido em 09-04-2016. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=34&sid=9664ecd6-29bb-43ba-ab36-886fa4a5c03c%40sessionmgr103&hid=106&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=107004721&db=rzh>

Polomeno, V. (2011). Mens' Sexuality in the Perinatal Period: What do Perinatal Educators Need to Know?. *International Journal of Childbirth Education*, 26(4), 35-39. Acedido em 09-04-2016. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=39&sid=9664ecd6-29bb-43ba-ab36-886fa4a5c03c%40sessionmgr103&hid=106>

Portelinha, C. (2003). *Sexualidade na Gravidez - Estudo Descritivo realizado numa amostra de Mulheres do Distrito de Coimbra*. Coimbra: Papelmunde-SMG, Lda.

- Radoš, S., Vraneš, H. & Šunjić, M. (2015). Sexuality During Pregnancy: What Is Important for Sexual Satisfaction in Expectant Fathers? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(3),282-293. DOI: 10.1080/0092623X.2014.889054.
- Rodrigues, D. P., Dodou, H. D., Lago, P. N., Mesquita, N. S., Melo, L. P. T. & Souza, A. A. S. (2014). Cuidados ao binômio mãe-filho no puerério imediato: estudo descritivo. *Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa Artigos Originais*, 12(2), 227-238. Acedido em 3-10-2017. Disponível em:
http://www.google.pt/url?url=http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/4231/pdf_142&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwjvtJCa6ejWAhWCSBQKHQMfDoIQFggUMAA&usq=AOvVaw3DDMJZpcAA8d8HT2O6q_2V
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (1995). *Modelo de Enfermagem*. (3ªed.), Portugal: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Santo, S. (2012). Rotura prematura das membranas. In Clode, N., Jorge, C. C. & Graça, L. M. (Edts). *Norma de Actuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia* (221-223). Lisboa: Bayer.
- Santo, S. & Graça, L. M. (2012). Rotura prematura das membranas. In Graça, L. M. (Coords). *Medicina Materno-Fetal* (446-455). Lisboa: LIDEL.
- Sapién, J. & Córdoba, D. (2011). Comportamiento Sexual de Varones Durante al Embarazo: Casos en la Ciudad de México. *Terapia Psicológica*. 29(2), 185-190. DOI:10.4067/S0718-48082011000200005
- Scalabrin, I. C. & Molinari, A. M. C. (s.d.). A importância da prática do estágio supervisionado nas licenciaturas. 1-12. Acedido em 02-10-2017. Disponível em
http://revistaunar.com.br/cientifica/documentos/vol7_n1_2013/3_a_importancia_da_pratica_estagio.pdf
-

- Silva, D. M. & Silva, E. M. V. B. (s.d.). O Ensino Clínico na Formação em Enfermagem. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu 30 anos*. 104- 119. Acedido em 12-09-2017. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/8.pdf>
- Tomey, A. & Alligood, M. (Ed) (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª ed.), Loures: Lusociência
- Vanelli, C. & Silva, J. (2011). *Sexo na Gestação na Percepção Masculina*. (Trabalho de Conclusão de Curso de psicólogo no Curso de psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina). Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus São Miguel do Oeste, Brasil.
- Velho, M. B, Oliveira, M. E. & Santos, E. K. A. (2010). Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à Partur e. *Rev Bras Enferm Brasília*, 63(4), 652-659. Acedido em 3-10-2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400023
-

APÊNDICES

APÊNDICES I

Cronograma

Atividades	Ensinos Clínicos			Estágio Relatório
	II	III	IV	
• Aprofundar o conhecimento da temática.				
• Identificar se a temática da sexualidade foi abordada, durante o período pré-natal e por quem.				
• Identificar se houve alterações na função sexual masculina e a forma como foi afetada durante a gravidez.				
• Reconhecer medos e mitos associados á sexualidade na gravidez.				
• Identificar o que o companheiro esperava do EEESMO nos cuidados pré-natais, na abordagem da sexualidade.				
• Preencher o instrumento de registo de cuidados, fazer modificações se for necessário.				
• Promover informação sobre a sexualidade durante a gravidez, na perspetiva da sexualidade masculina, para gravidez atual e futura (ao companheiro).				

Atividades	Ensinos Clínicos			Estágio Relatório
	II	III	IV	
• Refletir sobre a importância de abordar esta temática durante os cuidados pré-natais, tendo em conta a relação do casal pós-natal.				
• Identificar situações de risco, evitando que problemas potenciais se tornem reais, ou ajudar a resolver problemas reais.				

APÊNDICES II

Identificação das Necessidades dos Companheiros nos Ensinos Clínicos e Estágio com Relatório

Conforme referido na introdução, passo a descrever a forma como foi abordada a temática durante os ensinamentos clínicos e no estágio com relatório.

No Ensino Clínico II, que decorreu no Serviço de Puerpério de um Hospital situado na área de Lisboa, tive oportunidade de recolher algumas informações relacionadas com a temática da sexualidade, identificando se a mesma havia ou não sido abordada durante o período pré-natal, por quem havia sido abordada, se haviam surgido dúvidas e medos associados à sexualidade na gravidez, e o que é que o companheiro espera do EEESMO nos cuidados pré-natais acerca deste tema. Estas informações são anexadas às outras informações obtidas nos outros ensinamentos clínicos.

Em relação ao Ensino Clínico III, que decorreu numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados na região Sul do Tejo, não me foi possível abordar a temática pela ausência dos companheiros no acompanhamento das grávidas às consultas pré-natais. Por outro lado, também surgiu o inconveniente de o intervalo entre as consultas de enfermagem ser curto e não permitir dispensa de tempo para abordar esta temática, e, quando abordada, as perguntas sobre se os companheiros tinham dúvidas relativamente à sexualidade na gravidez, não respondiam com clareza, outras vezes apresentavam expressões de timidez (um leve sorriso, direccionavam o olhar para baixo, tentando desviar o olhar do EEESMO) e terminavam a conversa com o “está tudo?” como forma de concluir a abordagem feita pelo EEESMO. Em síntese, os casais evidenciavam timidez em expor as suas dúvidas sobre a temática.

Durante Ensino Clínico IV, que decorreu no Serviço de Internamento de Grávidas de um Hospital da região Sul do Tejo, não tive oportunidade de abordar a temática, devido à dinâmica do serviço e pelo número de trabalhos exigidos pelo ensino clínico e seus quesitos. Também verifiquei que raramente existia a presença dos companheiros a acompanhar as grávidas no internamento, sendo estas maioritariamente acompanhadas pelas mães.

Onde se revelou possível abordar os companheiros sobre a vivência da sexualidade durante a gravidez foi no estágio que efetuei no Bloco de Partos. Pois neste serviço permaneci mais tempo junto do companheiro/casal e consegui estabelecer uma relação de proximidade e empatia de forma a facilitar a abordagem desta temática, de foro íntimo, ou de perceber que aquele tema não seria facilmente

falado com o casal, por questões éticas ou culturais. Respeitei, assim, os seus valores e não influenciei a relação terapêutica durante o trabalho de parto e parto.

APÊNDICES III

Caraterização do local de Estágio

Conforme referi anteriormente, no capítulo 2, o estágio decorreu no Serviço de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) de um Hospital Central da Margem Sul do Tejo que serve diretamente três concelhos, abrangendo aproximadamente 332 299 habitantes, com cuidados diferenciados para a população feminina.

Segundo o Relatório de Contas deste Hospital relativo ao ano 2016, foram prestados cuidados diferenciados no SUOG a 17 102 mulheres, das quais 14 090 tiveram assistência sem necessidade de internamento.

De forma a garantir melhores cuidados às mulheres desta zona geográfica, o serviço de SUOG presta assistência não só a grávidas mas também a todas as mulheres com patologia ginecológica, das quais se destacam situações de hemorragia genital (como metrorragia), dor pélvica, prurido e corrimento vaginal associado a infeções ginecológicas. Em relação à área da Obstetrícia, recorrem por dor abdomino-pélvica, gravidez ectópica, contratilidade dolorosa associada ao trabalho de parto termo ou pré-termo, ameaça de parto pré-termo, rotura prematura de membranas, abortos retidos, diminuição de movimentos fetais, sinais de pré-eclampsia (que muitas vezes evoluem para Síndrome de HELLP), principalmente durante a gravidez. Contudo também existem situações no pós-parto (hemorragias pós-parto e sinais/sintomas associados a retenção de restos de produtos de conceção) que levam as mulheres a recorrerem ao hospital.

De seguida, vou descrever o serviço tendo em conta as duas valências que o integram (Bloco de Partos e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica – SUOG), sendo a equipa comum a ambos.

O Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica é constituído por uma sala de triagem, por três gabinetes médicos (todos eles equipados para possibilitar a observação ginecológica e nos quais existem dois ecógrafos), por uma sala de tratamentos (na qual as mulheres/grávidas/parturientes são puncionadas e fazem terapêutica endovenosa, colheitas de sangue ou outro tipo de cuidados necessários). Existem também dois cardiotocógrafos que estão ligados à central da sala de tratamento, à sala de triagem e à central do Bloco de Partos, onde se podem observar as cardiotocografias (CTG) realizadas. É possível realizar dois CTG em simultâneo.

Este serviço tem uma sala de recobro, composta por duas camas, para as intervenções cirúrgicas de ambulatório realizadas no Bloco Operatório do SUOG, no qual se realizam cirurgias ginecológicas como curetagens, aspiração de restos de produtos da concepção assim como outras intervenções, sejam elas expulsão de abortos retidos ou partos de fetos mortos. Os internamentos no recobro são de curta duração.

Existem ainda duas casas de banho. Uma destinada aos funcionários do hospital e a outra às utentes. A das utentes tem uma cabine de duche, que é utilizada principalmente pelas parturientes. O objetivo é relaxarem com recurso ao uso do duche. Há ainda uma sala de sujos, onde se juntam os lixos, e um frigorífico para conservar os produtos que serão analisados pela anatomia patológica (produtos provenientes de abortos ou mesmo os fetos mortos). O SUOG comunica com o Bloco de Partos através de uma porta lateral.

O Bloco de Partos é composto pelo gabinete da Enfermeira Chefe (à entrada); uma arrecadação (a seguir), onde se guarda todo o material em stock deste serviço, e a casa de banho do pessoal. De seguida, entra-se na Sala de Dilatação e Pós-Parto, onde se encontram as grávidas e parturientes que necessitam de cuidados diferenciados, como, por exemplo, observação; monitorização contínua com o cardiotocógrafo; induções de trabalho de parto (com perfusões de ocitocina); existem três aparelhos cardiotocógrafos portáteis, os quais permitem a mobilidade das parturientes quando o quadro clínico o permite. Esta sala de observação é composta por três marquesas, nas quais se podem realizar os partos. Nesta sala existe todo o tipo de material necessário para realizar o trabalho de parto e parto, suporte de oxigénio e sistema de vácuo.

No seguimento da sala anteriormente descrita, encontram-se quatro boxes, apetrechadas com todo o tipo de material para partejar, a saber, cardiotocógrafos, material para fazer partos em posições verticalizadas e um sofá para que o acompanhante possa acomodar-se confortavelmente e acompanhar o trabalho de parto e parto.

Para utilização no serviço existem algumas bolas de pilates e um pano suspenso por cada box, o que permite às parturientes fazerem várias posições durante o trabalho de parto e parto, facilitando, assim, a descida do feto.

O serviço tem também duas salas de bloco operatório, onde se realizam as cesarianas e/ou outras cirurgias ginecológicas/obstétricas assim como cirurgias laparoscópicas. Muitas vezes, o bloco 2 é cedido ao SUOG para realização de intervenções mais elaboradas. Cada sala de bloco operatório tem associada uma sala de desinfeção. Estas salas também têm todo o material necessário para realizar as intervenções cirúrgicas (tais como material descartável e caixas de instrumentais cirúrgicos).

Cada sala de bloco operatório é composta por uma marquesa, material de sutura e de desinfeção, um ventilador e um aparelho para aquecimento do recém-nascido no momento imediato ao seu nascimento.

O Bloco de Partos tem também um berçário, onde se colocam os recém-nascidos para lhes serem prestados os cuidados necessários após o seu nascimento (como a avaliação do peso, administração de vitamina K, ou para realizar intervenções mais invasivas, como a aspiração de secreções ou mesmo manobras de reanimação neonatal).

E, por último, este serviço ainda comporta uma sala de recobro com duas camas. Esta sala está equipada com material de monitorização contínua para as grávidas/parturientes em situações de risco do bem-estar materno e por cardiotocógrafos, para avaliar o bem-estar fetal. A sala de recobro também é utilizada para o pós-operatório de cesarianas e/ou vigilância hemodinâmica de puérperas em situações de risco (Pré-eclampsia e Síndrome HELLP).

Na zona central deste serviço, existe um balcão composto por uma central de CTG e dois computadores, nos quais a equipa de enfermagem e médica faz os registos e as prescrições. Há ainda uma sala de repouso com um computador, onde a equipa obstétrica se reúne e onde são abordados os casos clínicos do bloco.

Os acompanhantes das grávidas e parturientes podem acompanhá-las durante o internamento no bloco de partos. Existe um circuito externo com duas entradas, as quais permitem a permanência dos companheiros no bloco de partos e um intercomunicador à entrada do mesmo, que facilita o pedido de autorização para a sua entrada. Se for autorizada a entrada e a companheira se encontrar na Sala de Dilatação e Pós-Parto, o acompanhante entra pela porta da frente do bloco. Se esta se encontrar nas boxes ou no recobro, o acompanhante entra pela porta do fundo do serviço.

A equipa obstétrica é composta por cinco ou seis elementos, que se distribuem entre o Bloco de Partos e a Urgência Obstétrica e Ginecológica. A equipa de anestesia é formada por dois anestesistas que ficam de chamada ao bloco operatório e por um neonatologista de urgência.

A equipa de Enfermagem é formada por trinta e seis EEESMOG, por oito enfermeiros generalistas, pelos enfermeiros-chefes de equipa, que são especialistas, e pela Enfermeira Chefe. Os enfermeiros são divididos por três turnos, sendo cada equipa composta por cerca de 6/7 enfermeiros (sendo maioritariamente EEESMOG), englobando a chefe de equipa no número de elementos; os enfermeiros são divididos pelo SUOG (2 elementos) e Bloco de Partos (4/5 elementos).

Cada turno tem sempre uma chefe de equipa, cuja função é fazer a distribuição dos elementos da equipa pelos serviços

No início de cada turno, a chefe de equipa faz a distribuição das grávidas/parturientes pela equipa bem como a distribuição da equipa pelos blocos operatórios (verificação dos material e equipamento), pelo recobro, berçário e reanimação neonatal, para verificação dos equipamentos, materiais e sua reposição.

Este Hospital realiza em média 3000 partos por ano. Contudo, no ano de 2016 foram realizados 2 695 partos, dos quais 1 662 partos foram eutócicos e 1 033 distócicos, com 704 cesarianas, apresentando uma taxa de 26,1%.

APÊNDICES IV
Modelo Teórico de Enfermagem:
Nancy Roper

O presente relatório de estágio encontra-se sustentado no modelo conceptual de *Nancy Roper*, que faz referência às atividades de vida que podem estar alteradas devido a problemas, potenciais ou reais, em situações temporárias (agudos) ou permanentes. É um reflexo da realidade e um modelo de orientação para os cuidados de enfermagem.

O modelo de *Nancy Roper* inclui doze atividades de vida: manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração, comer e beber, eliminar, cuidados de higiene e vestuário, controlar a temperatura do corpo, mobilidade, trabalho e lazer, “expressão da sexualidade”, dormir/sono e morrer (Tomey & Alligood, 2002)

A atividade de vida com maior relevância nesta temática que foi desenvolvida por mim é a “expressão da sexualidade”, pois a temática abordada é a sexualidade masculina na gravidez, com a qual se pretende desenvolver algumas das competências dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica.

Segundo Pokorny (2014), as atividades de vida são formadas por conhecimentos, comportamentos e atitudes, influenciadas por vários fatores: biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político- económicos.

O fator biológico corresponde, para além de outros, ao sistema sistema reprodutor, que é uma estrutura corporal, em que a função prevalente é o sexo e a reprodução. Contudo, é relevante referir que é necessário associar ao sistema reprodutor um sistema musculo-esquelético e um sistema nervoso e sensitivo funcionais para o desempenho das muitas atividades que estão contidas na expressão da sexualidade (Roper, Logan & Ticerney, 1995).

Os fatores psicológicos correspondem ao desenvolvimento intelectual e emocional, são claramente importantes na atividade de vida e na expressão da sexualidade (atitudes em relação à sexualidade, orientação sexual, desenvolvimento intelectual/emocional). Estes fatores associados ao período da gravidez aumentam a necessidade do ajustamento emocional e psicológico, sendo também necessário apoio tanto para a grávida como para o companheiro, para se adaptarem a esta nova etapa. O apoio de que o companheiro necessita e a forma como o oferece reflete o envolvimento deste nas aulas pré-natais e no momento do nascimento, assim como no reconhecimento da sua importância na vida da família (Roper, Logan & Ticerney, 1995).

Os fatores socioculturais compreendem a forma como os indivíduos aprendem a adaptar-se às normas, regras e expectativas sociais de uma determinada sociedade, na forma como as mulheres e os homens se devem comportar e quais as expressões manifestadas e permitidas, afetando assim a expressão da sexualidade. A expressão sexual varia de uma sociedade para outra. A religião e alguns hábitos culturais reforçam as percepções positivas sobre os homens e as mulheres. Desta forma, cada sociedade tem o seu próprio código de comportamento sexual baseado nos valores culturais (processo de socialização), normas, atitudes, moral e lei (Roper, Logan & Ticerney, 1995).

Os fatores ambientais são importantes na relação que estabelecem com a intimidade sexual. Por exemplo, o caso das relações sexuais que se espera que aconteçam num contexto de privacidade (pelo menos no mundo Ocidental) (Roper, Logan & Ticerney, 1995).

Os fatores político-económicos influenciam a atividade de vida no que diz respeito à “expressão da sexualidade”; pois até mesmo o sexo está sujeito à influência de fatores políticos, económicos, leis e ética. Ao considerar os fatores económicos, está-se a abordar as finanças pessoais, nomeadamente a capacidade de comprar a roupa e outros enfeites/objetos que aumentem o desejo sexual. Os fatores legais referem-se à influência da lei sobre os indivíduos e estão intrinsecamente ligados a assuntos éticos, a aspetos da atividade de vida da expressão da sexualidade, por exemplo, a questão da violência sexual (Roper, Logan & Ticerney, 1995).

A resposta que cada indivíduo dá à interação das atividades de vida com os fatores acima mencionados é única, alternável com o estágio do ciclo vital, tendo em conta o *continuum* de dependência/independência. Os cuidados prestados têm em vista a promoção da saúde, prevenção da doença e o desenvolvimento de mecanismos de *coping* face à doença, reabilitação e doença crónica (Tomey & Alligood, 2002).

Estes autores referem que, na Teoria de Nancy Roper, o indivíduo torna-se independente nas atividades de vida ao longo do ciclo vital e a sua dependência não altera a sua dignidade.

Desta forma, um homem que teve sempre uma sexualidade satisfatória ao longo do seu relacionamento não muda a sua dignidade se apresentar alterações

nesta atividade por motivos que se prendem com a fisiologia da gravidez ou por ocorrerem alterações temporárias nesta atividade.

Dentro do contexto de cuidados, os enfermeiros cuidam em parceria com o paciente - que é autónomo e tem capacidade de tomada de decisão -, auxiliando-o a prevenir, aliviar, resolver ou lidar positivamente com os problemas (reais ou potenciais) (Tomey & Alligood, 2002).

O EESMO tem que intervir, para prevenir que problemas potenciais se tornem reais, ou seja, tem que instruir e ajudar a desenvolver mecanismos de *coping* para que problemas relacionados com a sexualidade na gravidez não interfiram com a relação afetiva do casal ao longo da mesma, e que possa ter consequências no futuro da relação do mesmo (distanciamento afetivo e sexual do casal).

Tendo em conta os conceitos do meta-paradigma de Enfermagem: Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente, o modelo de Nancy Roper aborda os conceitos da seguinte forma: Enfermagem, tem a função de prevenir e ajudar nos problemas potenciais relacionados com as atividades de vida, para que não se tornem reais, prevenindo o seu surgimento; desenvolvendo em simultâneo com o indivíduo mecanismo de *coping* para resolver os problemas de forma positiva; Pessoa, refere-se à individualidade do cliente, tendo em conta a satisfação das suas atividades de vida, o estado de dependência/independência; Saúde, é vista como forma de prevenir que os problemas potenciais se tornem reais; Ambiente, abrange a dimensão física externa da pessoa, nomeadamente, pessoas externas ao ambiente, assim como, o seu relacionamento com os fatores psicológicos, sócio-culturais e ambientais (Roper, Logan & Ticerney, 1995).

Transpondo estes conceitos, para a problemática em questão, o Enfermeiro deve ampliar as competências para ajudar o companheiro a readaptar-se à sexualidade na gravidez, desmistificando a problemática e esclarecendo as suas dúvidas, evitando que se passe de um problema potencial a um problema real.

Roper, Logan e Ticerney (1995, p.362) referem que a “sexualidade é uma dimensão significativa da personalidade e do comportamento interpessoal”, embora a relação sexual seja a principal forma do relacionamento íntimo dos adultos, existem outras formas de expressar a sexualidade (Roper, Logan & Ticerney, 1995).

Todas as intervenções direcionadas para o companheiro devem permitir ao mesmo perceber a dinâmica do processo da gravidez e das alterações fisiológicas

no corpo da mulher, para que este possa adaptar-se a esta nova fase, adequando e reajustando a sua função sexual e afetiva à companheira, ambos vão vivenciar uma sexualidade agradável em plenitude, reforçando os laços afetivos do casal.

Desta forma, o companheiro é um ser sexual, tem uma identidade sexual e a forma como a sexualidade se expressa varia de acordo com a dimensão sócio-cultural, biológica e psicológica.

O EESMO tem de identificar a dimensão sócio-cultural, biológica e psicológica do companheiro, mesmo que alguma informação provenha da companheira, para adequar as suas intervenções ao mesmo, sobre a temática, para evitar que este se sinta constrangido e que a sua intimidade e privacidade está a ser “violada”.

Após a implementação das intervenções, deve ser realizada uma avaliação para verificar se os objetivos foram atingidos, ou se é necessário reajustar essas mesmas intervenções.

O EESMO deve ter em consideração que abordar a temática da sexualidade exige tato, sensibilidade, tolerância e conhecimento. E ainda mais importante é que exige que o Enfermeiro se sinta bem quanto à sua própria sexualidade e à-vontade para abordar e discutir assuntos de sexualidade com outras pessoas.

A atividade de vida da comunicação também tem um papel importante na abordagem desta temática e na atividade de vida da expressão da sexualidade.

A comunicação envolve uma linguagem verbal e não-verbal, através de expressões faciais e corporais. Ao falar deve ter-se em atenção não apenas o que se diz mas, de igual modo, à forma como é dito, a clareza, a velocidade, o tom e a altura da voz para emitir emoção no que é dito. (Roper, Logan & Tierney, 1995).

A expressão facial é uma fonte de informação, pois transmite impressões como a desaprovação, a aversão, a raiva, a irritação, o prazer, o amor e a compreensão; a utilização de uma linguagem não compreensível pode levar a problemas e a erros de comunicação.

O EESMO pretende evitar que no decurso da gravidez se desenvolvam problemas na sexualidade masculina, que poderão influenciar a relação conjugal.

APÊNDICES V
Etapas do *Scoping Review*

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa teve como objetivo encontrar estudos publicados ou não e não foi realizada limitação temporal, os artigos obtidos datam de 1991 a 2015.

A pesquisa foi efetuada na plataforma EBSCO HOST, BIBLIOTECA DO CONHECIMENTO ONLINE (b-on) e Google.

A estratégia de busca na plataforma EBSCO HOST, foi realizada segundo os conceitos determinados pela mnemónica PCC (População: Companheiros; Conceito: Sexualidade Masculina na gravidez e o Contexto é inexistente). Ainda foi associado aos conceitos que determinam o PCC, outros termos naturais e indexados para direcionar o estudo para o âmbito da Enfermagem.

O quadro a baixo apresentam os termos indexados e naturais que foram associados à mnemónica PCC, de forma a responder à pergunta de partida “De que forma a sexualidade masculina é afetada pela gravidez?”.

	Termo	CINAHL	MEDLINE
Companheiro	Indexado	(MH “Male”) ; (MH “Sexual Partners”)	
	Natural	Male sexuality ; Male sexual ; Male sex ; Man sexuality ; Men sexuality ; Men sexual ; Man sexual	
Sexualidade durante a Gravidez	Indexado	(MH “Pregnancy+”) ; (MH “Sexuality+”)	
		(MH “Sexual Behavior+”)	(MH “Attitude to Sexuality+”)
	Natural	Pregnancy sexuality ; Pregnancy Sex	
		Attitude to sexuality	Sexual behavior
	Indexado	(MH “Nurse Midwives”)	
	Natural	ESMO ; Perinatal educators ; Doula ; Nurse	

Termos indexados e naturais utilizados na pesquisa da plataforma EBSCO

Na pesquisa da plataforma EBSCO HOST foram utilizadas 2 bases de dados: MedLine (with Full Text) e CINALH (with Full Text). Em cada base de dados foram utilizados os mesmos conceitos subjacentes dentro das palavras-chave do PCC, através de termos indexados (MedLine – MeSH; CINALH – CINALH Heading) e naturais.

Estes termos por fim forão intersetados com os operadores booleanos “AND” e “OR”, e chegou-se aos textos relacionados com a temática, contudo dos 89 artigos das 2 bases de dados (45 artigos da MedLine e 44 artigos da CINALH), foram excluídos 4 por se encontrarem repetidos. Após a primeira seleção dos textos pelo título dos artigos ficou-se com 20 artigos MedLine e 18 artigos da CINALH. Foi realizada uma segunda exclusão pela leitura do abstract, ficando apenas 6, os quais eram pertinentes para a temática a estudar (3 artigos da MedLine e 3 artigos da CINALH).

De seguida encontra-se o esquema da pesquisa nas bases de dados, com a interseção com os operadores booleanos “OR” e “AND”.

Identificador de Pesquisa	Descritor de Pesquisa		Resultado	
	MedLine	CINALH	MedLine	CINALH
S1	(MH “Male”)		7 095 077	1 129 478
S2	Male sexuality		215	57
S3	Male sexual		4 194	490
S4	Male sex		11 337	1 943
S5	(MH “Sexual Partners”)		11 800	5 579
S6	S2 OR S3		4 369	533
S7	S4 OR S6		15 609	2 468
S8	S1 OR S7		7 097 705	1130 115
S9	Men sexuality		1	20
S10	Man sexuality		3	20
S11	S9 OR S10		4	20
S12	Men sexual		106	169
S13	Man sexual		8	169
S14	S12 OR S13		114	169
S15	S11 OR S14		118	186
S16	S8 OR S15		7 097 723	1 130 165
S17	S5 OR S16		7 100 453	1 131 757
S18	(MH “Pregnancy+”)		781 435	138 651
S19	Pregnancy sexuality		16	5

S20	Pregnancy Sex		42	12
S21	S18 OR S19		781 443	138 653
S22	S20 OR S21		781 460	138 658
S23	Esmo		657	81
S24	(MH "Nurse Midwives")		6 255	1 828
S25	Perinatal educators		11	40
S26	Doula		215	618
S27	Nurse		152 196	374 461
S28	S23 OR S24		6 912	1 909
S29	S25 OR S28		6 923	1 949
S30	S26 OR S29		7 136	2 558
S31	S27 OR S30		153 035	375 120
S32	S17 AND S22		143 789	15 801
S33	S31 AND S32		920	460
S34	(MH "Sexuality+")		30 693	33 309
S35	(MH "Sexual Behavior+")	Sexual behavior	85 572	6 018
S36	Attitude to sexuality	(MH "Attitude to Sexuality+")	8	4 062
S37	S34 OR S35		85 572	34 823
S38	S36 OR S37		85 574	36 616
S39	S33 AND S38		45	44

Esquema de Pesquisa das Bases de Dados MedLine e Cinalh

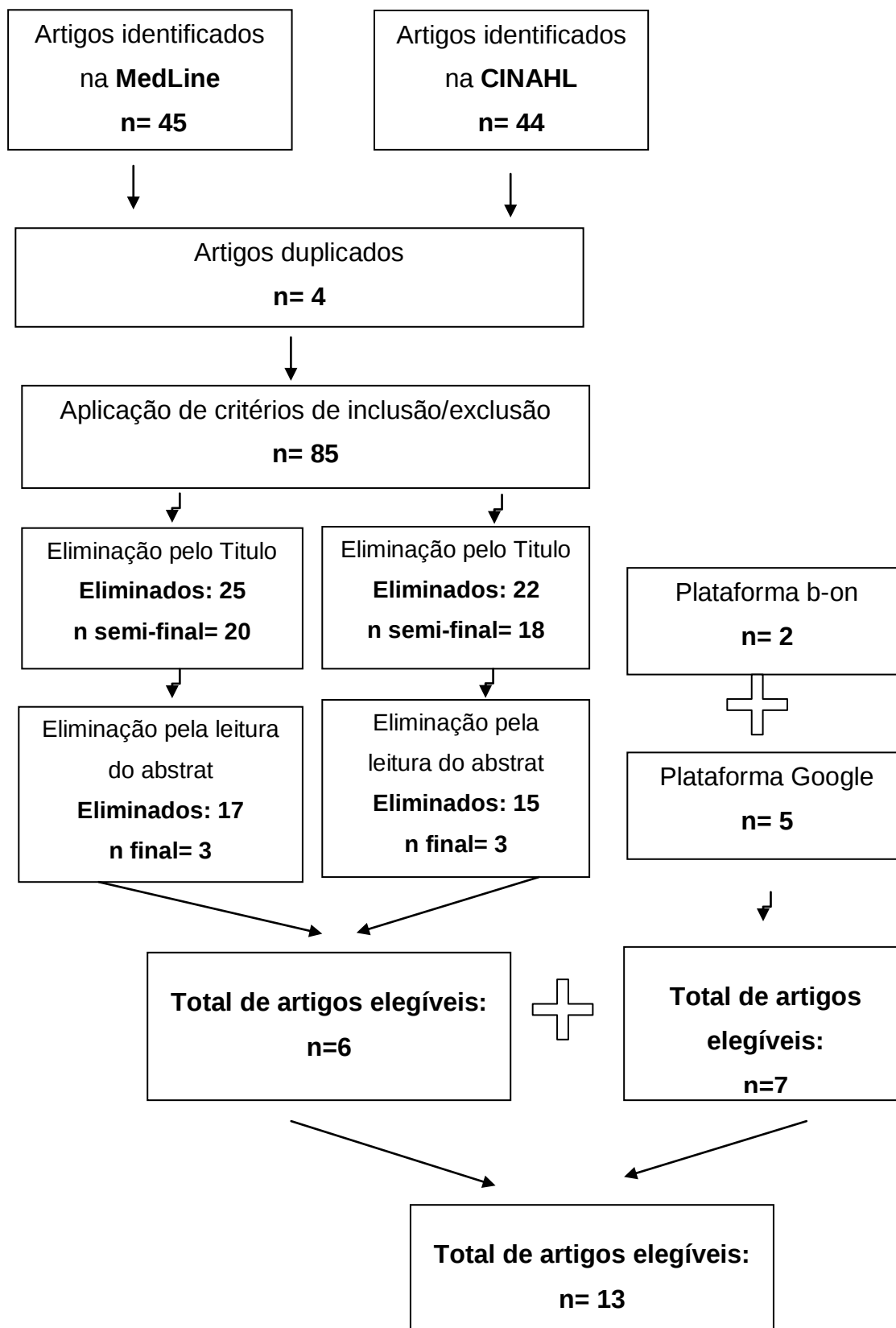
A pesquisa na plataforma b-on, surgiu com os termos de pesquisa "Male sexuality during pregnancy", dos quais foram selecionados 2 textos.

Da Plataforma da Google foram identificados 5 textos pertinentes com a mesma expressão de procura da plataforma b-On e em português (sexualidade masculina na gravidez).

Foram selecionados todos os estudos pertinentes à temática e que se encontrassem escritos em inglês, espanhol, francês e português.

Foram incluídos todos os artigos que preencheram os critérios de inclusão da *scoping review*.

O Diagrama do Resumo da pesquisa desenvolvida encontra-se a seguir:



APÊNDICE VI
Evidência Científica

Evidência Científica

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 13 estudos para realizar a *Scoping Review*.

Os estudos elegíveis, encontram-se na tabela abaixo:

TÍTULO	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO/LOCAL/ BASE DE DADOS
<i>Midwives Honor the Sensuality of Pregnancy and Birth</i>	Monroe, S.	2008 MIDWIFERY TODAY ISSUE 85 MedLine
<i>Sexuality & Reproduction</i>	Earle, S.; Church, S.	2004 PRACTISING MIDWIFE, 7(4), pp.28-30 MedLine
<i>Addressing Couples' Sexuality Concerns During the Childbearing Period: Use of the PLISSIT Model</i>	Alteneder, R.; Hartzell, D.	1997 JOGNN PRINCIPLES & PRACTICE, 26(6), pp. 651-658 MedLine
<i>Men's Sexuality in the Perinatal Period: What do Perinatal Educators Need to Know?</i>	Polomeno, V.	2011 INTERNATIONAL JOURNAL OF CHILDBIRTH, 26(4), pp.35-39 CINAHL
<i>Sex education in pregnancy: does it exist? A literature review</i>	Foux, R.	2008 SEXUAL AND RELATIONSHIP THERAPY, 23(3), pp. 271-277 CINAHL
<i>Sex and Pregnancy: A Perinatal Educator's Guide</i>	Polomeno, V.	2000 JOURNAL OF PERINATAL EDUCATION 9(4), pp.15-27 CINAHL
<i>Changes in Sexuality in Women and Men During Pregnancy</i>	Bogren, L.	1991 ARCHIVES OF SEXUAL BEHAVIOR, 20(1), pp.35-45 b-on
<i>Comportamiento Sexual de Varones Durante el Embarazo: Casos en la Ciudad de México</i>	Sapién, J.; Córdoba, D.	2011 TERAPIA PSICOLÓGICA, 29(2), pp.185-190 b-on

TÍTULO	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO/LOCAL/ BASE DE DADOS ou PLATAFORMA
<i>Sexuality During Pregnancy: Whats is important for Sexual Satisfaction in Expectant Fathers?</i>	Radoš, S.; Vraneš, H.	2015 JOURNAL OF SEX & MARITAL THERAPY, 41(3), pp..282-293 Google
<i>A Gravidez e o seu Impacto na Sexualidade dos futuros Pais</i>	Carteiro, D.; Marques, A.	2013 SAUDE REPRODUTIVA SEXUALIDADE E SOCIEDADE, 23, pp.46-55 Google
<i>Sexualidade na Gestação: Percepção Masculina no hospital</i>	França, M.; Brito, H.; Campo, F.; Almeida, D.; Marin, H.; Marin, H.	2014 REVISTA ELETRÓNICA GESTÃO & SAÚDE, 5(1), pp. 47-54 Google
<i>Gestação e Sexualidade: Implicações no Relacionamento Conjugal</i>	Guimarães, D.; Oliveira, Z.	2015 REVISTA DE ENFERMAGEM, 9(4), pp.8028-8037 Google
<i>Sexo na Gestação na Percepção Masculina</i>	Vanelli, C.; Silva, J.	2011 PSICOLOGIA, pp.1-24 Google

Estudos elegíveis

De seguida encontram-se algumas informações sobre os artigos consultados:

Artigo: *Midwives Honor the Sensuality of Pregnancy and Birth*

Metodologia – Artigo de opinião

Objetivos: Ajudar a mulher e o seu companheiro a comemorar o nascimento e incentivar a sensualidade materna.

Conclusão: Enquadramento das mudanças corporais da grávida/puérpera, nomeadamente, o aumento das mamas, escurecimento dos mamilos, alargamento das ancas e a região glútea torna-se maior. O cabelo e as unhas crescem e a pele fica brilhante.

A parteira enfatiza algumas alterações corporais das mulheres de forma a demonstrar a sensualidade do corpo da sua companheira ao seu parceiro, lembrando-lhe que após o parto, as mulheres podem apresentar a aparência de uma gravidez de 5 meses, mas que o corpo volta à sua aparência pré-gravídica dentro de 6 a 12 meses.

Enfatiza a sensualidade do corpo da grávida.

Artigo: *Sexuality & Reproduction*

Metodologia: Meta-análise

Objetivos: Analisar a forma como a sexualidade é afetada pela gravidez.

Conclusão: Sabe-se que a sexualidade é fundamental para manter uma boa saúde, embora existam poucas pesquisas sobre o sexo e identidade sexual na gravidez.

Os autores referem que o declínio da atividade sexual e satisfação na gravidez deve-se: ao medo de prejudicar o bebé, aos sentimentos maternos e paternos durante o ato sexual, cansaço, letargia e falta de desejo sexual, desconforto físico durante a relação sexual e uma auto-imagem negativa, por a mulher se sentir gorda ou pouco atraente.

Ainda refere que na sociedade, a sexualidade é restrita à relação sexual ou atos genitais, como meio de expressar a sexualidade ou experimentar excitação sexual.

As autoras expõem que para as parteiras poderem abordar a temática da sexualidade, devem considerar a sua própria identidade sexual e refletir como esta pode influenciar a prática. Embora seja difícil abordar esta temática, as parteiras devem refletir sobre a forma como abordam a temática e desenvolver habilidades de falar sobre o sexo.

Artigo: Addressing Couples' Sexuality Concerns During the Childbearing Period: Use of the PLISSIT Model

Metodologia: Meta-análise

Objetivos: Desenvolver intervenções sobre as alterações da sexualidade durante a gravidez e pós-parto.

Resultados: Os casais indicam que não recebem apoio dos enfermeiros sobre a sexualidade. E os enfermeiros afirmam que não têm conhecimento, tempo ou habilidade para fornecer educação sobre a sexualidade.

A forma como o casal lida com as questões da sexualidade, faz com que se satisfaçam na medida do possível, mas mantêm as relações sexuais durante a gravidez pode tornar-se problemática, desencadeando stress e ansiedade.

Há evidência que os Enfermeiros, não recebem competências para abordar esta temática, durante a formação do Curso de Enfermagem, faltando habilidades para abordar a temática e tempo limitado nos cuidados prestados.

Este artigo desenvolve-se a abordar os três níveis de atuação dos Enfermeiros através do modelo PLISSIT: permissão (de abordar a temática), informações limitadas, sugestões específicas e terapia intensiva (encaminhamento para outros profissionais).

Conclusão: A imagem corporal da mulher pode ser reforçada através de maquilhagem e de vestuário pré-natal atraente.

Os casais devem ser incentivados a experimentar diferentes posições, continuar a abraçar, beijar e tocar.

Desta forma, a educação sexual e o apoio durante a gravidez pode ajudar a manutenção da auto-imagem da mulher e ajudar o casal a manter um relacionamento sexual positivo.

O modelo PLISSIT pode ser utilizado para dirigir o prestador de cuidados a perceber que precisa de abordar a temática, qual o conteúdo que seria benéfico e que sugestões poderiam ser incorporadas no plano de cuidados.

A sexualidade é uma componente básica na vida de todos os indivíduos e não deve ser ignorada durante o período fértil.

Artigo: *Men's Sexuality in the Perinatal Period: What do Perinatal Educators Need to Know?*

Metodologia: Meta-análise

Resultados: Pouco é escrito sobre os homens, e das suas necessidades sexuais durante a gravidez e menos ainda se fala na educação perinatal.

Entre as 2 e as 32 semanas de gestação, cerca de 15% dos casais têm experiência sexual com problemas.

Entre 32 a 36 semanas cerca de 2% homens apresenta disfunção eretil e ejaculação precoce.

Na maior parte dos casos, dar informação é cerca de 90% da “batalha vencida”, para normalizar os seus sentimentos e preocupações.

Os homens são muito sensíveis às mudanças que ocorrem na mulher e no feto, estando dispostos a “sacrifício” da sua sexualidade para o bem-estar materno-fetal, embora isso possa ter impacto no relacionamento conjugal.

Conclusão: Este artigo tem contribuído para o aumento do conhecimento e da consciência sobre os homens e a sexualidade. Pois os homens precisam de sentir que são ouvidos e precisam de ser encorajados a discutir as mudanças através da facilitação de informação tanto nas consultas pré-natais com/ em workshops.

Os prestadores de cuidados de saúde estão conscientes que a sexualidade é parte integrante do cuidado holístico, embora seja ainda pouco feito para identificar as necessidades dos homens que são pais, e as suas necessidades sexuais durante a gravidez. Sendo necessárias mais pesquisas sobre os homens e a sua sexualidade durante o período perinatal, para a educação perinatal ser mais apoiada na prática, baseada na evidência.

Artigo: Sex education in pregnancy: does it exist? A literature review

Metodologia: Revisão da Literatura

Resultados: A comunicação sobre assuntos sexuais na gravidez é dependente da vontade de cada prestador de cuidados.

A frequência das relações sexuais diminui durante a gravidez e a intimidade pode aumentar sobre a forma de beijos, mãos dadas, carícias como um substituto para a relação sexual. Sem isto, o casal corre o risco de se tornar velhos amigos em vez de amantes, pode torna-los sexualmente incompatíveis, por exemplo se o companheiro se sente incapaz de satisfazer a grávida por causa dos receios de prejudicar o feto. Casais com gravidez de risco, também correm o risco de perder a sua conexão íntima devido ao momento de stress intenso.

Conclusão: Se os profissionais estiverem à vontade para abordar a sexualidade e a intimidade, também podem ajudar o paciente a sentir-se seguro a abordar estas questões e outros problemas de relacionamento.

Artigo: Sex and Pregnancy: A Perinatal Educator's Guide

Metodologia: Meta-análise

Resultados: Os dados revelaram um declínio gradual da libido, frequência coital, preliminares antes da relação sexual e orgasmo durante a gravidez, especialmente durante o terceiro trimestre.

Alguns homens podem apresentar problemas sexuais, neste período, como a ejaculação precoce, insuficiência de ereção, ou problema de manter a ereção dentro da vagina; pode experimentar a diminuição da libido, menos desejo pela sua companheira grávida, a preocupação de que ele está a fazer amor com “uma mãe” e não uma mulher ou preocupação com a presença do bebé. Os homens acham que a penetração é limitada, menos profunda e que se torna menos gratificante.

Dispareunia era comum, aumentando 50% no terceiro trimestre.

Os casais que se abstêm de relações sexuais durante este tempo podem recorrer a outras técnicas de “fazer amor” como por exemplo, explorar o toque, massagem erótica e todas as formas de carícias. O prazer de estar juntos em dar e receber prazer e carinho pode compensar quaisquer mudança no repertório sexual normal.

A massagem perineal pode ser trabalhada como fonte potencial sexual.

Conclusão: Os homens não falam abertamente sobre os seus problemas sexuais durante a gravidez e não procuram ajuda de profissionais, embora raramente os profissionais questionem os pais expectantes acerca desta temática ou se têm problemas sexuais com a sua parceira.

O parceiro sexual masculino é sexualmente disponível, e pode não saber como lidar com a sua própria frustração sexual. O parceiro deve ser ajudado a lidar com a frustração sexual, encorajando-o a prosseguir a masturbação, só se forem compatíveis com os valores culturais e religiosos.

As relações sexuais podem ser usadas para iniciar o trabalho de parto porque as prostaglandinas contidas no fluido seminal amolecem o colo do útero e podem iniciar as contrações.

Artigo: *Changes in Sexuality in Women and Men During Pregnancy*

Metodologia: Retrospectivo

Objetivos: Avaliar as alterações sexuais entre os homens e as mulheres durante a gravidez.

Resultados: O desejo sexual, a frequência sexual e a satisfação sexual diminuíram ao longo dos trimestres de gravidez. A gravidez ser ou não planeada não influencia a componente sexual dos homens.

Os homens com mais de 25 anos frequentemente experimentam uma diminuição da frequência sexual durante o 2º e 3º trimestres do que os homens mais jovens.

Conclusão: Os homens apresentam o desejo sexual diminuído ao longo da gestação.

Os homens relatam pouca preocupação no início da gravidez, embora no último trimestre apresentam mais preocupações, isso assenta no fato dos homens não sentirem grande diminuição do desejo sexual durante o 1º trimestre.

Durante o terceiro trimestre, o desejo sexual muitas vezes é diminuído; os homens preocupam-se com a gravidez. Os homens são muitas vezes influenciados por medo de ferir o feto durante a relação sexual. O crescimento do abdómen torna mais difícil continuar a relação de maneira usual. Estes fatores em conjunto diminuem gradualmente o desejo sexual e a frequência sexual. Medo de ferir o feto durante a relação sexual, pode estar associado à falta de informação sobre o risco real.

Como o desejo sexual da mulher é importante para a satisfação sexual tanto da mulher como do seu parceiro, esforços preventivos são mais propensos a serem bem sucedidos se forem focadas na mulher.

Artigo: *Comportamiento Sexual de Varones Durante el Embarazo: Casos en la Ciudad de México*

Metodologia: Descritiva, através do recurso a uma entrevista (Qualitativa)

Objetivos: Mostrar e analisar como os homens se comportam sexualmente na gravidez do parceiro e quais são as experiências e significados deles sobre isso.

Resultados: Um dos entrevistados suspendeu o sexo para preservar a gravidez que surge depois de várias tentativas sem sucesso. O segundo interrompeu o sexo com a finalidade de cuidar do casal e de não prejudicar o feto. O terceiro participante diminui a atividade sexual com o progredir da gravidez. O quarto parou a atividade

sexual no final da gravidez, a fim de evitar um aborto espontâneo. O quinto participante tinha problemas sexuais no casamento, mas que melhorou, quando decidiram engravidar. E por fim, no último participante manteve relações sexuais até perto do nascimento.

Conclusão: Foi estabelecido que as crenças e as concepções dos homens estão ligadas às práticas sexuais que compartilham com as suas mulheres.

Referem que o comportamento sexual ou desejo sexual durante a gravidez, modifica-se na sua forma (uso de posições sexuais que podem comprimir a região abdominal e pélvica), frequência (menos relações sexuais ou abstinência, incluindo a renúncia de auto-erotismo), exclusivo (fidelidade ou a monogamia absoluta) e intensidade (menos paixão e mais delicadeza e ternura).

Deve-se integrar os homens como participantes responsáveis pela reprodução e sexualidade, e deve-se eliminar crenças que condenem o sexo durante a gravidez.

Os homens devem ser informados, educados e treinados para se adaptar à gravidez sexualmente.

Artigo: *Sexuality During Pregnancy: Whats is important for Sexual Satisfaction in Expectant Fathers?*

Metodologia: Estudo corte transversal

Objetivo: Analisar as mudanças na sexualidade (desejo sexual, frequência e satisfação) em pais que esperam um filho e determinar os fatores preditores de satisfação sexual.

Resultado: Em relação ao desejo sexual, a análise demonstrou que a maioria dos homens que participaram no estudo não referiram mudança no seu próprio desejo sexual, em comparação com os níveis pré-gestacionais (60%), enquanto, menos de um terço referiu diminuição do desejo (30,5). As percentagem são semelhantes para as mudanças percebidas no desejo sexual da companheira grávida.

A maioria dos homens relatou uma diminuição na frequência das relações sexuais (71,4%), quando lhe pediram para comparar frequência do coito atual para níveis pré-gestacional. Em contraste, 24,8% dos homens não percebe qualquer mudança e uma percentagem muito pequena (3,8%) relataram aumento da frequência das relações sexuais.

Em relação à frequência da atividade sexual, 30,5% dos participantes relataram que não tinham tido relações sexuais no mês anterior, 18,1% relataram que tinham tido relações sexuais uma vez e 38,1% relataram ter tido relações sexuais varias vezes e 13,3% relataram ter tido relações sexuais varias vezes por semana ou mais frequentemente.

Em relação à satisfação sexual demonstrou que 46,7% dos participantes relataram um declínio na satisfação sexual enquanto que 47,6% não referiram alteração da sua satisfação.

Pedindo aos homens para evidenciar as razões que impediram a relação sexual durante a gravidez, foi referido: medo que a relação sexual prejudique o feto (81,2%), medo que a relação sexual possa provocar parto prematuro (60%) e medo que a relação sexual possa causar infeção no feto (50,5). Outras razões referidas foram: que a parceira não queria ter relações sexuais (53.3%), a impossibilidade de encontrar uma posição adequada (52,4%), sobrecarga de trabalho (40,0%), aparência pouco atraente da companheira grávida (37,1%) e do mau humor (35,2%). Conclusão: os resultados proporcionaram uma nova e interessante visão, pois os aspetos não sexuais pareceram mais importantes e determinantes na satisfação sexual, percebida pelo parceiro.

Os resultados do presente estudo demonstraram que as alterações na frequência sexual nem sempre foram acompanhadas com mudanças na satisfação sexual. Verificou-se que a frequência das relações sexuais não foi uma determinante importante da satisfação sexual geral.

A proximidade com o parceiro foi de longe o preditor da satisfação sexual, acompanhado por fatores relacionados com a falta de vontade do parceiro para ter relações sexuais e a carga de trabalho dos homens.

A compreensão mútua, sentir-se realizado e apoiado no relacionamento e a capacidade de contar com o parceiro em momentos de necessidade, são os mais importantes na satisfação sexual dos homens.

O presente estudo estabeleceu a importância de vários aspetos relacionais de uma relação com satisfação sexual dos homens durante a gravidez da parceira.

Artigo: *A Gravidez e o seu Impacto na Sexualidade dos futuros Pais*

Metodologia: Estudo Descritivo (Questionário)

Objetivos: Contribuir para a compreensão do impacto da gravidez na função sexual masculina e a sua relação com a gestão dos níveis de ansiedade durante o período pré-natal.

Resultados: Existiu uma diminuição da função sexual (função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação com as relações sexuais e satisfação global) masculina entre o 1º e o 3º trimestre de gravidez.

A diminuição da função sexual é maior nos participantes que referiram dificuldade em engravidar, mas as diferenças não são estatisticamente significativas, exceto para a satisfação global, que é claramente superior para os que consideram não ter tido dificuldades em engravidar.

Verificou-se a diminuição da satisfação sexual e da periodicidade das relações sexuais.

Conclusão: Este estudo teve como objetivo contribuir para o aumento do conhecimento sobre o impacto da gravidez na função sexual masculina, assumindo que se trata de uma problemática que deve merecer aprofundamento por parte dos profissionais de saúde.

A prática da enfermagem em saúde sexual e reprodutiva é um contexto válido para a promoção da saúde e prevenção da doença, pelo que não se deve esquecer a sua importância.

Os autores referem que este estudo mostra a importância de reforçar a necessidade de continuar a investigação nesta área, de forma a envolver o companheiro nos cuidados prestados ao longo da gestação.

Artigos: *Sexualidade na Gestação: Percepção Masculina no hospital*

Metodologia: Estudo exploratório e descritivo

Objetivos: Analisar o ponto de vista masculino sobre a prática sexual durante a gravidez.

Resultados: O relacionamento afetivo do casal aumenta quando a gravidez é planeada e desejada. A gravidez desenvolve-se melhor quando a mulher sente o apoio e atenção do companheiro, originando momentos de felicidade.

Após a aplicação do questionário verificou-se: que houve alteração da frequência sexual durante a gravidez (20% referiu que a frequência se manteve, porém 80% afirmaram que houve mudança); em relação ao desejo sexual pela parceira no período gestacional, 46% referiu não existir mudança e 54% referiu que houve alteração.

Conclusão: A sexualidade é um assunto pouco abordado pelas equipas de saúde, uma vez que são fontes de informação para os casais que os procuram, proporcionando mecanismos de *coping* de forma a vivenciarem de melhor forma a sexualidade na gestação.

Ao autores referem que o auto-conhecimento e dialogo entre os parceiros é fundamental para que o período gestacional corra da melhor forma possível, com uma vida sexual ativa e prazerosa.

Artigo: Gestação e Sexualidade: Implicações no Relacionamento Conjugal

Metodologia: Exploratório (abordagem qualitativa)

Objetivos: Compreender de que forma a prática sexual na gravidez, tem influência no relacionamento conjugal.

Resultados: Existem resultados, nestes estudos numa visão feminina e masculina. Os resultados apresentados serão relacionados com a visão masculina.

Na perspetiva masculina, foi relatado de forma positiva que a gestação contribuiu para a união, o exercício do respeito mútuo e do carinho.

Os cônjuges negam alterações sobre a sexualidade, embora existam contradições e insegurança das informações relatadas.

Contrapondo a negação das alterações sexuais, foi referida limitação da utilização das diversas posições na relação sexual devido ao crescimento da barriga, desconfortos e dores abdominais, medo de magoar o feto e de provocar aborto. Além disso, o desempenho pode ser influenciado por fatores como a estética da mulher.

Observa-se a permanência de mitos sobre a nocividade do sexo para o feto e a influência destes na vida sexual do casal. Outro fator a ser considerado é que as dificuldades no período de gestação foram atribuídas apenas às mudanças físicas, esquecendo-se da importância das alterações psicológicas, nomeadamente a

sensibilidade, insegurança, e comportamentais dos parceiros, como o carinho e o cuidado que influenciam a prática sexual.

Conclusão: Percebe-se que apesar das dificuldades relacionadas com a prática sexual durante a gravidez, a sua importância é reconhecida por ambos.

Artigo: Sexo na Gestação na Perceção Masculina

Metodologia: Descritivo (método qualitativo, com recurso análise de conteúdo)

Objetivos: Compreender a perceção masculina sobre o sexo na gravidez

Resultados: Foram criadas seis categorias temáticas para realizar a análise de conteúdo, que foram: expectativas de ser pai, desejo de ter um filho, acompanhamento da gestação, relação sexual, medos ao fazer sexo e mudanças no comportamento.

Sobre as expectativas de ser pai, referem preocupação sobre a gravidez e com a mulher; desejo de ter um filho, os entrevistados apresentam entusiasmo e afeição em querer ter um filho, verificando-se uma relação de harmonia entre a vida familiar e social. Os casais estavam mais envolvidos emocionalmente, apresentavam uma maior cumplicidade, embora o envolvimento esteja carregado de ansiedade, stress e medo.

Em relação ao acompanhamento na gestação, verificou-se que os companheiros acompanham as mulheres nas consultas de vigilância pré-natal, ecografias, enxoval do bebé e no apoio financeiro. O apoio emocional e o suporte à gestante é uma importante função que é atribuída ao pai.

Face à categoria da relação sexual, ficou evidenciado que as relações sexuais sofrem limitações ao longo do período gestacional, estando relacionadas com o medo de fazer sexo (quinta categoria) para não prejudicar o feto.

Verificou-se no estudo, um declínio da satisfação sexual após o terceiro trimestre de gestação; identificando-se que o medo é constante em todos os participantes e relacionam questões de fantasias e de valores internalizados. Existe um momento de troca de papéis.

Em relação às mudanças no comportamento ao longo da gravidez, praticamente todos os pais evidenciaram alteração do comportamento na gestação.

Conclusão: Os resultados do estudo revelaram que os pais grávidos responderam que a partir do sétimo mês de gravidez não praticavam sexo.

As alterações que se identificam na sexualidade, na gravidez e na percepção masculina devem-se a fatores biológicos e emocionais, embora não sejam determinantes no comportamento sexual. As convicções e as normas da origem cultural pode inconscientemente, interferir com a experiência sexual nesta fase do desenvolvimento.

Companheiro deveria ser acompanhado, nas mudanças previsíveis que a transição de uma gestação provoca, diminuindo as dificuldades, desmistificando e corrigindo os falsos conceitos relacionados com a sexualidade durante a gravidez, diminuindo os medos infundados e desculpabilizando o sexo na gravidez.

Portelinha (2003), as principais mudanças segundo os trimestres de gravidez são:

- Primeiro Trimestre: ocorre a vasoconstrição das mamas e da região pélvica pelo aumento do volume de sangue. Há um aumento da lubrificação vaginal, podendo manter-se para além da fase de excitação. Por outro lado, as grávidas neste momento podem sentir fadiga que pode interferir com o desejo sexual, resposta sexual; assim, como pode ter náuseas, sensibilidade a odores, incluindo o cheiro corporal do companheiro.
 - Segundo Trimestre: surge o aumento da vascularização e ingurgitamento mamário, dos grandes lábios e da vagina, ocorrendo o aumento da tensão sexual, podendo ocorrer o orgasmo com maior facilidade; os desconfortos do primeiro trimestre acabam por desaparecer. Neste momento ocorre uma grande ambivalência e a imagem do feto é incorporada, em que a mulher fica mais feliz, admira o seu corpo, começa a sentir os movimentos fetais e torna o seu corpo como uma fonte de prazer para o casal.
 - Terceiro Trimestre: ocorre uma tensão sexual devido ao aumento da pressão pélvica do útero, levando a uma resposta sexual mais lenta; a lubrificação vaginal é muito abundante devido à transudação da mucosa vaginal.
-

APÊNDICE VII
Guião

Olhar a Sexualidade Masculina na Gravidez: Desenvolvimento de Competências do EEESMO

Guião

Idade: _____

Vigiada Onde: _____

Avaliação do risco da Gravidez: _____

Sexualidade na Gravidez

O que acha sobre a relação sexual durante a gravidez?

A relação sexual durante a gravidez é/foi importante para si?

Conhece as alterações sexuais durante a gravidez?		
Não ☐	Sim ☐	Se sim, quais são? ➡

Durante a gravidez foi aconselhado a não ter relações sexuais? Se sim, qual foi o motivo?

Quem mais comumente tomava a iniciativa para ter relações sexuais durante a gravidez?

--

Com que frequência tinham relações sexuais durante a gravidez?

1º Trimestre	Diminuído ☐	Mantido ☐	Aumentado ☐	Outro: _____
2º Trimestre	Diminuído ☐	Mantido ☐	Aumentado ☐	Outro: _____
3º Trimestre	Diminuído ☐	Mantido ☐	Aumentado ☐	Outro: _____

Como era o seu desejo sexual?

1º Trimestre	Diminuído ☐	Mantido ☐	Aumentado ☐	Outro: _____
2º Trimestre	Diminuído ☐	Mantido ☐	Aumentado ☐	Outro: _____
3º Trimestre	Diminuído ☐	Mantido ☐	Aumentado ☐	Outro: _____

Como avalia a sua satisfação sexual?

1º Trimestre	Diminuída ☐	Mantida ☐	Aumentada ☐	Outro: _____
2º Trimestre	Diminuída ☐	Mantida ☐	Aumentada ☐	Outro: _____
3º Trimestre	Diminuída ☐	Mantida ☐	Aumentada ☐	Outro: _____

Teve receios/medos durante a relação sexual? Se sim, quais?

A sua companheira costumava sentir dor ou desconforto durante a relação sexual? Se sim, o que referia?

Sentiu algum desconforto/alteração sexual na relação sexual, durante a gravidez (disfunção sexual, alteração da ereção, ejaculação precoce)?

PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A TEMÁTICA DA SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ

Durante as consultas pré-natais abordou a temática da Sexualidade durante a Gravidez?

Com quem é que abordou a temática?

Quem iniciou o diálogo sobre temática?

Foi-lhe prestada informação sobre a sexualidade?

Não: ☐ Sim: ☐

Que tipo de informação lhe foi prestada?

Foi abordado consigo, que a relação sexual no final da gravidez pode ser um método de induzir o parto?

Sim ☐ Não ☐

Durante as consultas pré-natais abordaram a técnica da massagem perineal, como método de relaxamento/tonificação da musculatura perineal?

Sim ☐ Não ☐

Sentiu falta de informação ou de apoio? De quê que sentiu falta?

O que espera(va) do programa pré-natal sobre esta temática?

O enfermeiro abordou a temática com facilidade? Ou sentiu constrangimento por parte do profissional

O que espera do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, nas aulas de preparação para o nascimento e/ou nas consultas pré-natais?

