

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Susana de Oliveira Araújo



Viana do Castelo, Abril 2014

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Relatório apresentado na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, de acordo com o Despacho n.º 345/2012, publicado em Diário da República, 2ª série – N.º 8 – 11 de Janeiro

Susana de Oliveira Araújo

Orientadores

Maria Augusta Moreno Delgado da Torre
Especialista na Área Científica de Enfermagem, professora adjunta na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo

Maria Teresa Fitas Peres Filipe de Araújo
Mestre em Ciências da Saúde, professora adjunta na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo



Viana do Castelo, Abril 2014

Araújo, S. O. (2014). *Relatório de Estágio de Natureza Profissional*. Viana do Castelo: [s.n.]. relatório final de Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Trabalho expressamente elaborado como relatório de estágio original, para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, apresentado na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

Descritores: GRAVIDEZ, PERÍODO PÓS-PARTO, IMAGEM CORPORAL, SEXUALIDADE, ENFERMAGEM OBSTÉTRICA.

À minha avó,

Pelo exemplo de mulher e mãe que sempre foi.

Pela sua sabedoria, que nem a morte desvanece.

Pilar da minha vida!

AGRADECIMENTOS

A todos os que colaboraram e apoiaram, direta ou indiretamente, ao longo deste percurso, que só foi possível através da sua ajuda, para a concretização das metas pretendidas.

Um agradecimento muito especial à tutora e coordenadora da docência do Complexo Hospitalar Universitário Insular Materno Infantil, a Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, Elizabeth Guerra, sempre disponível em todos os sentidos, presente e paciente, com um sorriso e uma palavra de otimismo constantes no dia-a-dia em contexto de estágio. Agradecer a toda a equipa multidisciplinar do *Paritório*, por toda a disponibilidade na receção e acolhimento e pelos conhecimentos, práticas e aprendizagens partilhadas.

Um agradecimento muito particular às orientadoras, Augusta Delgado e Teresa Araújo, professoras adjuntas da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pela extrema colaboração e estímulo constantes que proporcionaram, pelo diálogo crítico-reflexivo sempre presente, cooperando, nesta caminhada, para o crescimento e para a autonomia, visando sempre a melhoria contínua. Agradecer ainda, toda a flexibilidade que apresentaram, para que a distância não constituísse qualquer limitação.

Um reconhecimento de gratidão enorme a todas as mulheres, companheiros e famílias, pelo prazer de partilharem momentos tão intensos e emotivos, como o foram o trabalho de parto e o parto, e o atendimento ao recém-nascido. Revestiram-se, sem dúvida, de uma enorme satisfação e gratificação, pelo privilégio de estar presente e poder contribuir nesses momentos tão marcantes da vida dessas famílias.

Por último, agradecer a toda a família e amigos, que sem o seu apoio e palavras de otimismo e compreensão, este caminho tornar-se-ia bastante árduo. Especialmente, à tia Teresa Araújo e ao namorado, Maximiliano Rodriguez - "*Mi Naranja Siamesa*", pelo acreditar constante e apoio emocional, demonstrando-o todos os dias ao longo deste percurso, incondicionalmente.

Com a ajuda de todas estas pessoas, aliada a um esforço pessoal e persistente, tornou-se possível alcançar o final desta meta, que apenas se constitui numa nova linha condutora, traçada como ponto de partida para a conquista de um novo horizonte!

Sinceros agradecimentos.

**“A vida é como o parto,
Nunca se sabe o que pode suceder,
Até que se termina.
Lembra-te de nascer em cada dia.”**

S.A.

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	21
2. ALICERCES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA	25
3. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	31
3.1. Unidade de paritório-puerpério.....	33
3.2. Recursos organizacionais.....	34
3.3. Recursos materiais	35
3.4. Recursos humanos.....	35
3.5. Dados estatísticos: perspectiva comparativa	36
4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	37
4.1. Prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto num ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente.....	43
4.2. Prestação de cuidados especializados ao recém-nascido no sentido de promover e otimizar a sua adaptação à vida extrauterina.....	50
4.3. Vivência da mulher relativamente à sua imagem corporal e sexualidade face às alterações corporais da gravidez - que realidade?	53
4.3.1. Do corpo feminino ao corpo materno	54
4.3.1.1 Alterações corporais durante a gravidez e período pós-parto	57
4.3.1.2. Imagem corporal na gravidez e no período pós-parto	64
4.3.1.3. Sexualidade na gravidez e no período pós-parto	72
4.3.2. Metodologia.....	82
4.3.3. Apresentação, análise e discussão dos resultados	86
4.3.4. Conclusões.....	106
4.4. Avaliação das competências adquiridas	112
5. CONCLUSÕES.....	117
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
ANEXOS	XXI
APÊNDICES	XXV

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Guião da narrativa	XXVII
APÊNDICE B – Parecer da Comissão de Ética do CHUIMI	XXIX
APÊNDICE C – Quadros matrizes de redução dos dados resultantes da análise de conteúdo dos discursos das informantes	XXXI
Quadro 1 - Categorias, subcategorias e unidades de análise da área temática: vivência da mulher relativamente à imagem corporal face às alterações corporais da gravidez	XXXII
Quadro 2 - Categorias, subcategorias e unidades de análise da área temática: vivência da mulher relativamente à imagem corporal face às alterações corporais da gravidez	XXXV
Quadro 3 - Categorias, subcategorias e unidades de análise da área temática: estratégias utilizadas pela mulher face às alterações corporais da gravidez	XXXIX
Quadro 4 - Categorias, subcategorias e unidades de análise da área temática: expectativas da mulher face às alterações corporais da gravidez, para o período pós-parto	XLIII

RESUMO

Introdução: A prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e parto e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina exige competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros. Neste sentido, adotaram-se os pressupostos do Processo de Enfermagem, do Modelo de Enfermagem Psicodinâmica de Hildegard Peplau e da pesquisa científica.

Objetivos: Desenvolver competências para o exercício profissional do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia; compreender a vivência da mulher relativamente à sua Imagem Corporal e Sexualidade face às Alterações Corporais da Gravidez. Com a concretização destes objetivos pretende-se contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional e para a mudança/ inovação das práticas clínicas e a qualidade das mesmas.

Metodologia: Práticas em contexto de Cuidados de Saúde Hospitalares, no Complexo Hospitalar Universitário Insular Materno Infantil, em Las Palmas de Gran Canaria – Espanha. Prestaram-se cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e parto, efetuando o parto num ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina; e estudo sobre a vivência da mulher relativamente à sua imagem corporal e sexualidade face às alterações corporais da gravidez, com recurso à narrativa, aplicada a doze parturientes primíparas, e respetiva análise de conteúdo das mesmas.

Resultados: Prestados cuidados a 85 parturientes de baixo risco e 44 de risco; executados 51 partos eutócicos; participação ativa em 17 partos distócicos; realizadas 9 episiotomias e 17 episiorrafias; realizadas 71 consultas de enfermagem; prestados cuidados a 85 puérperas/família, a 83 recém-nascidos saudáveis e 7 de risco. Do estudo realizado, os resultados mais evidentes ao nível da imagem corporal foram sentimentos de ambivalência, e relativamente à vivência da sexualidade manifestaram um comportamento sexual constrangedor. Apresentaram como expectativas para o período pós-parto a regressão de peso corporal e o retorno do padrão da sexualidade ao estado pré-gravídico.

Conclusões: O cuidar a mulher durante o trabalho de parto e parto apresentou contributos pela aquisição de competências relacionais e comunicacionais, cognitivas e técnico-científicas, de identificação de necessidades/prioridades face à autonomia na tomada de decisão. Em relação à problemática em estudo, considera-se necessária maior intervenção do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia relativamente à imagem corporal e sexualidade da mulher, durante a gravidez e o período pós-parto.

Descritores: Gravidez, Período Pós-Parto, Imagem Corporal, Sexualidade, Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Introduction: The care provision of the woman inserted in the family and community during labor, delivery and the newborn's adaptation to extra uterine life requires skills of the Nurse Specialist in Obstetrics and Maternal Health, as advocated by the Order of Nurses. In this sense, we have adopted the assumptions of the Nursing Process, from the Psychodynamic Nursing Model by Hildegard Peplau and scientific research.

Objectives: To develop competencies for the professional practice of the nurse specialist in Obstetrics and Maternal Health; to understand the experience of women regarding their Body Image and Sexuality in the face of the Pregnancy Body Changes. The fulfillment of these objectives is intended to contribute to personal and professional development and for change/innovation of clinical practice and its quality.

Methodology: Practices in a Hospital Health Care context care in the Insular Mother and Child University Hospital Complex, in Las Palmas de Gran Canaria – Spain. Care was provided to the woman inserted in the family and community during labor and delivery, performing child-birth in a safe environment, in order to optimize the health of the parturient and newborn in their adaptation to extra uterine life; and study about the experience of women regarding their body image and sexuality due to body changes during pregnancy, using narrative, applied to twelve primiparous parturients, and its respective analysis.

Results: Care was provided to 85 healthy parturients and 44 at risk; 51 eutocic deliveries were executed; active participation in 17 dystocic deliveries; 9 episiotomies and 17 episiorrhaphies performed; 71 nursing consultations accomplished; provided care to 85 puerperal/family, 83 healthy newborns and 7 at risk. From the study conducted, the most obvious results concerning body image were feelings of ambivalence, and relatively to the experience of sexuality referred a compelling sexual behavior. Express as expectations for the postpartum period the regression of body weight and the return of the pattern sexuality during pre-pregnant state.

Conclusions: Caring for women during labor and child-birth presented contributions by the acquisition of relational and communicative competences, technical scientific and, cognitive skills, identification of needs/priorities in relation to autonomy in decision making. In relation to the issue under study, it is considered necessary a greater intervention by the specialist nurse in Obstetrics and Maternal Health regarding the body image and sexuality of women during pregnancy and the postpartum period.

Descriptors: Pregnancy, Postpartum Period, Body Image, Sexuality, Obstetric Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

APA - *American Pshychological Association*

CHUIMI – Complexo Hospitalar Universitário Insular Materno Infantil

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

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

CSD – Cuidados de Saúde Diferenciados

CSH - Cuidados de Saúde Hospitalares

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ELLE – Espaço Livre de Expressão de Experiências

ENP – Estágio de Natureza Profissional

EPS – Educação para a Saúde

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESMOG - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Ginecologia

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

ESS – Escola Superior de Saúde

FAME - Federação de Associação de Matronas Espanholas

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

MIR – Médico Interno Residente

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE – Processo de Enfermagem

PPP – Preparação para o Parto e para a Parentalidade

RCTG – Registo Cardiotocográfico

RN – Recém-nascido

RPM – Rotura Prematura de Membranas

SMO - Saúde Materna e Obstetrícia

SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva

TP – Trabalho de Parto

1º - Primeiro

2º - Segundo

3º - Terceiro

4º - Quarto

5º - Quinto

6º - Sexto

Kg – Quilogramas

nº - Número

p. - Página

pp. – Páginas

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional (ENP) do 2º ciclo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) apresenta-se o Relatório de Estágio, que decorreu no período compreendido entre 20/05/2013 e 23/02/2014, em contexto de Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH), no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Complexo Hospitalar Universitário Insular Materno Infantil (CHUIMI), em Las Palmas de Gran Canaria - Espanha, ao abrigo do Programa de Mobilidade Internacional - *Programa Erasmus*.

A prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (TP) e parto, efetuando o parto num ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido (RN) na sua adaptação à vida extrauterina e atendendo a mulher como um ser único e com direito a auto determinação, exige que o EEESMO (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) assuma um conjunto de responsabilidades que tenha como foco de atenção a promoção dos projetos de cada mulher inserida na família e comunidade durante o TP. Partindo destes pressupostos procurou-se desenvolver competências nesta área, de forma a contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional, assim como para a mudança/ inovação das práticas clínicas e para a qualidade das mesmas, delinear-se os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências para o exercício de EEESMO, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), que não foram possíveis desenvolver nos estágios anteriores – plasmadas no Regulamento nº 127/2011 publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 35 de 18 Fevereiro de 2011, referente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (EEESMOG) e, conseqüentemente, dar cumprimento aos requisitos previstos na Diretiva n.º 80/155/CEE de 21 de Janeiro, alterada pela Diretiva 2013/55/EU, de 20 de Novembro, no que concerne à formação de “*Parteira*” pela Comunidade Europeia.

- Responder às necessidades pessoais encontradas ao longo deste mestrado, validando-as através do diagnóstico de situação, realizado em contexto da prática com a identificação das áreas/problemas e desenvolvimento de evidência científica de forma a contribuir para a mudança/inação das práticas de assistência em cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstetrícia (SMO).

Estes objetivos foram construídos previamente, com base em necessidades pessoais, da população alvo dos cuidados e da instituição, patentes no Projeto de Estágio. Assim, refletiu-se sobre as atividades realizadas, as estratégias e recursos utilizados, as competências desenvolvidas e a avaliação das mesmas.

O presente relatório encontra-se estruturado em quatro partes essenciais: na primeira parte, constam os alicerces para a prática de enfermagem especializada em SMO; na segunda, a caracterização do contexto do estágio; na terceira parte, referem-se as atividades desenvolvidas em estágio e por último as conclusões finais.

A primeira parte deste relatório, denominado alicerces para a prática de enfermagem especializada em SMO, situa o diagnóstico de situação, os objetivos orientadores inerentes ao estágio, a referência ao modelo defendido – Modelo de Enfermagem Psicodinâmica, de *Hildegard Peplau*, sobre a Teoria das Relações Interpessoais - que sustentaram as práticas de cuidados ao longo do estágio. Mencionam-se ainda as razões da opção pelo ENP e os motivos específicos relativos à escolha do contexto de estágio, o CHUIMI.

A segunda parte diz respeito à caracterização do contexto de estágio – o CHUIMI – fazendo-se referência à localização e área de influência, breve contextualização histórica, missão, política de qualidade, valores da organização, recursos humanos e legislação. Posteriormente, aborda-se o serviço onde se realizou o ENP – *Serviço de Ginecologia e Obstetrícia* – fundamentalmente a unidade de *Paritório-Puerpério*. Explica-se a estrutura do serviço, os clientes e/ou usuários a quem está dirigido, os recursos humanos e materiais que apresenta e, por último, alguns dados estatísticos relevantes.

Na terceira parte abordam-se as atividades desenvolvidas em estágio referentes ao planeamento, execução e avaliação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e ao recém-nascido, tendo por base o Processo de Enfermagem (PE), as orientações da OE e os pressupostos teóricos que sustentam a prática de cuidados de

enfermagem especializada. Para a compreensão da vivência da mulher relativamente à sua imagem corporal e sexualidade face às alterações corporais da gravidez aborda-se o enquadramento teórico sustentado na revisão da literatura efetuada, a fase metodológica, a apresentação, análise e discussão dos resultados e, por último, as conclusões.

Para a construção e formatação deste relatório de estágio, serviram de guia as orientações para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos da Escola Superior de Saúde (ESS) de Viana do Castelo, as normas da *American Psychological Association* (APA), articuladas ainda, com as normas regulamentares do consórcio para a elaboração de dissertação/trabalho de projeto/relatório do CMESMO.

2. ALICERCES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e parto, efetuando o parto num ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina, apela para determinadas competências específicas que se estendem desde a promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimização da adaptação do RN à vida extra uterina, o diagnóstico precoce e prevenção de complicações até à providência de cuidados à mulher com patologia e ou concomitante, na sua multidimensionalidade (OE, 2011). Assim, sentiu-se a necessidade imperiosa de desenvolver competências, tendo em vista o exercício profissional autónomo do enfermeiro especialista em SMO. Deste modo, optou-se por direcionar a ação especificamente para a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de e parto - um dos vários campos de intervenção ao nível da Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR).

Salienta-se, ainda, que os estágios realizados anteriormente sensibilizaram para a necessidade de mais competências que só com um maior número de oportunidades e experiências seriam possíveis de alcançar. Não menos importante, ressaltar que para além deste motivo existem ainda motivos de ordem pessoal, uma vez que se exerceu 4 anos de atividade profissional nesta ilha, podendo constituir-se este estágio numa oportunidade para o exercício profissional futuro. Referir estes aspetos de ordem pessoal, por acreditar na influência dos fatores pessoais nas competências profissionais, pois como refere Peplau as motivações pessoais e a personalidade da enfermeira tanto provocam influência no paciente como em si mesma. (Alligood & Tomey, 2004).

Tendo em conta o carácter multifacetado e a flexibilidade que incorpora este ENP - que engloba vários domínios, tais como a prestação direta de cuidados, a formação, a gestão e a investigação - apresentam-se as atividades desenvolvidas, partindo do diagnóstico de situação baseado nas necessidades pessoais, institucionais e centradas no cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e parto, efetuando o parto num ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à

vida extrauterina. A partir deste diagnóstico de situação delineou-se o plano de ação, considerado prioritário e exequível, definindo-se os objetivos que se pretenderam atingir.

Traçados os objetivos gerais, constituiu-se como intenção contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional bem como para a mudança/inação das práticas clínicas e a qualidade das mesmas. Para a qualidade destas práticas de cuidados é, também, considerado fundamental transformar os conhecimentos adquiridos e desenvolver a capacidade de análise crítica e reflexiva, de tomada de decisão, da monitorização e da avaliação dos cuidados especializados, assim como atender aos quatro domínios preconizados pela OE, nomeadamente a Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, a Gestão da Qualidade e dos Cuidados e o Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

A intervenção foi dirigida, principalmente, à mulher inserida na família e comunidade durante o TP, tendo por base os pressupostos da *Teoria das Relações Interpessoais* de Hildegard Peplau. Trata-se de uma teoria adaptável aos contextos de enfermagem nos quais ocorre, por excelência, a comunicação entre o enfermeiro e o cliente, sendo esta área tão relevante no contexto de práticas de cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO).

Com Peplau, existiu uma mudança paradigmática na natureza da relação entre enfermeira e doente. Antes o doente era considerado objeto da ação de enfermagem e as enfermeiras deviam agir para ou pelo doente. O seu trabalho mudou o carácter da enfermagem, ao conceptualizar o doente como parceiro no processo de enfermagem, centrado na relação enfermeira-doente (Allgood & Tomey, 2004). De salientar que Peplau fazia referência ao doente. No entanto, tendo em conta o paradigma de enfermagem atual, pode-se considerar o doente como *cliente*, dado o conceito de saúde preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). E ainda, ao centrar-se na enfermagem de SMO, aplicar este conceito é realmente imprescindível, pois na maioria dos casos os clientes não se encontram efetivamente doentes.

Esta teórica defendia o Modelo de Enfermagem Psicodinâmica, capaz de compreender o comportamento de uns para ajudar os outros a identificar as dificuldades sentidas e aplicar princípios de relações humanas aos problemas que surgiam em todos os níveis de experiência, usando o conhecimento da ciência comportamental e daquilo que pode apelidar-se de modelo psicológico para elaborar a sua teoria. Desta forma, permitiu que a enfermeira deixasse de centrar a orientação dos seus cuidados na doença, para começar a valorizar o significado

psicológico dos eventos, sentimentos e comportamentos, podendo essa nova orientação ser explorada e incluída nas intervenções de enfermagem. Descreveu o comportamento dentro da perspectiva psicanalítica, dos princípios da aprendizagem social, da motivação humana e do desenvolvimento da personalidade, utilizando e concordando com os princípios de outras disciplinas (Peplau, 1990; Alligood & Tomey, 2004).

Peplau definiu com clareza três pressupostos básicos da sua teoria e conceitos-chave, dois implícitos e um explícito. Este último tinha o seguinte significado: “A profissão de enfermagem é legalmente responsável pela utilização eficaz da enfermagem e pelas suas consequências para os doentes.” (Alligood & Tomey, 2004, p. 428).

Quanto aos pressupostos que denominou de implícitos, referia-se ao seguinte: “O tipo de pessoa em que a enfermeira se torna faz uma diferença substancial naquilo que cada doente irá aprender enquanto receber os cuidados de enfermagem” e “Alimentar o desenvolvimento da personalidade no sentido da maturidade é uma função de enfermagem e do ensaio de enfermagem (...) que utiliza princípios e métodos que orientam o processo no sentido da resolução de problemas interpessoais.” (Alligood & Tomey, 2004, p. 428).

Descreveu os conceitos estruturais do processo interpessoal, constituindo as fases da relação enfermeiro-doente, que considerava básico para a enfermagem psicodinâmica. Deu às enfermeiras uma oportunidade de ensinar os doentes a experimentarem os seus sentimentos e de explorarem com eles formas de lidar com os mesmos, assim como de delinear as tarefas psicológicas que se desenvolvem na relação enfermeira-doente. Neste sentido refere 4 fases desta relação que, apesar de considerar independentes, se sobrepõem e ocorrem durante o mesmo tempo: orientação, identificação, exploração e resolução (Peplau, 1990).

Durante a primeira fase, a de *orientação*, a autora defendia que o indivíduo tinha uma necessidade sentida e procurava ajuda profissional. A enfermeira ajudava o doente a reconhecer, a compreender o seu problema e a determinar a sua necessidade de ajuda. Na fase seguinte, a enfermeira permitia a exploração de sentimentos, fortalecia as forças positivas da personalidade e dar-lhe-ia a satisfação necessária para o ajudar a passar pela doença, como uma experiência, e o doente identificar-se-ia com o que o poderia ajudar – fase de *identificação*.

Na fase da *exploração*, o doente tentava retirar o lado positivo do que lhe era oferecido através da relação. A enfermeira poderia projetar novos objetivos a atingir, através do esforço pessoal e da deslocação do poder para o doente, à medida que este se fosse sentindo gratificado para atingir os objetivos propostos. Por último, na fase de *resolução*, o doente colocava gradualmente de lado os objetivos antigos e adotava outros, libertando-se assim da identificação com a enfermeira (Alligood & Tomey, 2004; Peplau, 1990).

Descreveu ainda seis papéis de enfermagem que surgiam das diversas fases da relação enfermeira-doente: papel de estranha, de pessoa de recurso, de professora, de líder, de substituta e de conselheira. Acrescenta-se que Peplau se ocupava das relações do processo interpessoal enfermeira-doente e ainda das experiências psicobiológicas, a saber: as necessidades, a frustração, o conflito e a ansiedade. Na sua opinião, estas experiências forneciam energia, que era transformada em forma de ação, obrigando a respostas destrutivas ou construtivas da relação enfermeira-doente. Assim, pensava que este entendimento fornecia uma base para a formação de objetivos e intervenções de enfermagem (Peplau, 1990).

Peplau abordava o doente, a enfermeira e a consciência de cada um relativamente aos seus próprios sentimentos. Apresentava a enfermagem como uma força educativa de maturação, que utilizava o método de aprendizagem empírico. A sua lógica baseava-se no raciocínio indutivo e recolhia ideias a partir de observações do particular, organizadas através de conceitos que descreviam comportamentos, e generalizava-as. As situações de enfermagem forneciam um campo de observações, das quais poderiam derivar conceitos de enfermagem únicos, usados para a melhoria do trabalho profissional (Alligood & Tomey, 2004).

Sabendo-se os motivos já apresentados, relativos à opção pelo ENP e do contexto hospitalar do CHUIMI, e de acordo com os objetivos, importa salientar algumas considerações ao contexto de estágio. O CHUIMI é considerado um hospital de referência na área da SMO em Espanha, dadas as taxas mais baixas de cesarianas a nível nacional, que apresentou em 2011 - 14,4%, de acordo com os valores preconizados pela OMS - e ainda pelo número de partos que se realizaram nesse mesmo ano - 5876 partos - uma média de 16,1 partos diários.

Trata-se de um hospital de nível III no que toca à sua área de influência e atendimento de situações de risco e de maior complexidade, abrangendo a ilha de Gran Canaria e as que constituem a província (Gutiérrez, 2011). Foi um critério relevante na opção por esta

instituição hospitalar, na medida em que permitiria um tipo de experiências mais variadas e de maior complexidade, nomeadamente no que toca à gravidez e parto em situações de risco.

Por outro lado, o facto de ser um hospital universitário, que integra uma equipa de formação continuada e docência e com unidade de apoio à investigação, constituirá-se uma mais-valia no desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista nesta área.

3. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O CHUIMI faz parte da rede de hospitais públicos do Serviço Canário de Saúde, pertencente à Consejería de Sanidade do Governo de Canárias. É o maior centro sanitário das Canárias, distinguindo-se pela sua larga tradição docente e de investigação.

O Hospital Universitário Materno- Infantil, onde se realizou este ENP, pertence ao CHUIMI, juntamente com os seguintes centros: Hospital Universitário Insular, Centros de Atenção Especializada, Unidades de Saúde Mental, Hospital de Dia Infanto-Juvenil, Centros de Dia e Associações de Famílias de Apoio à Doença Mental.

Encontra-se situado geograficamente na cidade de Las Palmas de Gran Canaria, capital da ilha de Gran Canaria (população de 850.391 habitantes), pertencente à Comunidade Autónoma das Ilhas Canárias, em Espanha. Pode-se realizar o contacto através da morada, *Avenida Marítima del Sur, s/n. 35016 Las Palmas de Gran Canaria – Espanha*; do telefone, 928444000/500; e através do correio eletrónico, gerenchuimi.scs@gobiernodecanarias.org.

Fazendo uma breve contextualização histórica, é de referir que inicialmente o hospital materno não se designava dessa forma e encontrava-se incorporado no hospital insular – tendo sido este inaugurado a 13 de Fevereiro de 1971. Só mais tarde, em 1990, é que se desdobrou a atenção sanitária e se constituiu o Hospital Universitário Materno-Infantil.

Atualmente, esta instituição hospitalar tem atribuída toda a população da ilha de Gran Canaria, com idades compreendidas entre 0 a 13 anos (Pediatria – 119.363 cartões de saúde) e mulheres de idade superior a 14 anos (Ginecologia e Obstetrícia – 354.709 cartões de saúde).

A direção e a gerência do Complexo Hospitalar assumem como Missão:

Somos una Institución Asistencial cuyo eje fundamental es el Paciente, al que prestamos servicios sanitarios especializados e integrales con objeto de que alcance un estado completo de bienestar físico, mental y social. Nuestros esfuerzos se centran en la prevención y promoción de la salud, el diagnóstico y su tratamiento, la rehabilitación y cuidado del paciente, la investigación, la docencia, la educación e información. Contando para ello con un equipo de trabajo multidisciplinar, el sentido de pertenencia a la Organización y la comunicación interna, fomentando la docencia, la investigación y el desarrollo tecnológico y estructural (Gutiérrez, 2012, p.1).

Neste sentido, de forma a poder alcançar esta missão, a direção e a gerência comprometem-se a implantar e a melhorar o sistema de gestão integrado, para que cumpra com:

- Os requisitos das normas internacionais relativas à qualidade do serviço e à gestão ambiental (*UNE-EN ISO 9001 e UNE-EN ISO 14001*), de acordo com a norma espanhola da comissão europeia pela organização internacional de normalização;
- Os critérios de excelência empresarial e regras para avaliarem o comportamento de cada critério definido no Modelo Europeu de Excelência Empresarial;
- O enfoque em processos estratégicos, chaves e apoio;
- Os requerimentos mais exigentes dos clientes e usuários;
- Qualquer requerimento legal ou regulamentar que seja aplicável às atividades.

Enquanto isso, apresentam como objetivos gerais de Política de Qualidade:

- Aumentar o bem-estar da população do âmbito de atuação, através de uma carteira de serviços definida, de tratamentos eficazes e seguros, e proporcionar uma informação adequada a cada paciente/usuário;
- Incrementar a satisfação contínua dos pacientes/usuários e profissionais sanitários, gerindo com eficácia as possíveis queixas que o serviço apresente.
- Potenciar as capacidades dos profissionais, através da formação sanitária especializada por ser um Complexo Hospitalário Universitário (especialidades nos âmbitos dos cursos de medicina, enfermagem, psicologia, farmácia e biologia), e a formação continuada adaptada às necessidades dos seus postos de trabalho, assim como a dotação dos recursos necessários;
- Aumentar os níveis de qualidade assistencial e segurança do cliente/usuário.

A direção e a gerência apresentam para a instituição os seguintes Valores:

- Promover o conhecimento da qualidade, o cuidado do meio ambiente e a implicação do pessoal assistencial no sistema de gestão integrado;
- Incrementar a comunicação e a coordenação entre os profissionais;
- Desenvolver maior responsabilidade e dedicação mediante o trabalho em equipa;
- Promover o respeito, a solidariedade e o interesse pela formação continuada, não esquecendo os clientes e familiares e maximizando o seu bem-estar e da sociedade.

Esta organização ao nível de recursos humanos conta com um total de 4.842 postos de trabalho, distribuídos da seguinte forma: 16 de direção, 707 facultativos, 2.819 sanitários e 62 de coordenação e chefia, esquematizados através do organograma (Anexo 1).

Em termos de marco legal, esta instituição baseia-se na seguinte Legislação:

- Lei 14/1986 General de Sanidad;
- Lei Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal;
- Lei 41/2002 Básica reguladora de Autonomía del Paciente y de Derechos Obligaciones em matéria de informação e documentação clínica;
- Decreto 178/2005 que aprova o Regulamento da História Clínica nos centros hospitalários e estabelece o seu conteúdo, conservação e expurgo.

3.1. Unidade de paritório-puerpério

A Unidade de Paritório-Puerpério onde se realizou o ENP encontra-se integrada no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, localizado no Piso 0 do Hospital Universitário Materno-Infantil.

A Missão específica desta Unidade consiste em proporcionar uma atenção sanitária integral à mulher no âmbito Ginecológico/Obstétrico, para diagnosticar, tratar e/ou aliviar as doenças ou situações de carácter urgente. Dirige-se às gestantes com patologia ou em início de TP, às puérperas, às mulheres não gestantes com idades superiores a 14 anos e com patologia ginecológica (suspeita de agressão sexual, traumatismo ou qualquer outra patologia dentro do âmbito ginecológico e/ou obstétrico), aos seus familiares e à sociedade.

Primeiramente, é feita uma receção, em que se informa e se orienta a cliente para uma admissão, atribuindo-lhe a prioridade de acordo com urgência (triagem). Esta realiza-se com uma adequada gestão do tempo de espera, valorização dos sinais e sintomas e uma prática assistencial de acordo com o nível de classificação, com a máxima qualidade profissional, eficácia e segurança e, ainda, mediante a utilização de protocolos internos.

Posteriormente, utilizam-se os meios diagnósticos adequados que sirvam de base para um encaminhamento correto - aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ou especializados, alta ao domicílio ou a um internamento hospitalar. Todo este processo decorre com a maior interação possível com os CSP, para se satisfazerem as necessidades e expectativas das clientes.

3.2. Recursos organizacionais

Esta unidade está dirigida a todas as clientes remetidas dos Cuidados de Saúde Primários e/ou Especializados de outros centros de urgência hospitalares, dos serviços de hospitalização deste hospital ou que venham por iniciativa própria. Ao nível da estrutura física, organiza-se nas seguintes áreas:

- *Área de Urgência* - consta de uma antessala de espera e três salas de reconhecimento com um WC individual. Duas destas são ocupadas pelos Ginecologistas/Obstetras e outra pelo EEESMO. Em todas existe o material imprescindível para atender as urgências ginecológicas e/ou obstétricas hospitalares, com computadores conectados à rede local do hospital e dois ecógrafos de alta resolução;
- *Área de Observação* - consta de uma sala de observação obstétrica, com quatro camas, seis cardiotocógrafos para o controle fetal e um dispositivo de Tensão Arterial automática, e uma sala de observação ginecológica;
- *Área de Sala de Partos* - consta de dez unidades individuais, designadas por “Paritório n.º1, 2, 3...” com camas de dilatação-expulsivo, cardiotocógrafos para monitorização materno-fetal intraparto e ressuscitador neonatal. Uma sala de parto está destinada a atender clientes com parto gemelar e outra a clientes que pretendam um parto natural;
- *Bloco Operatório* – consta de uma cama, sendo a manutenção da responsabilidade do serviço do bloco operatório;
- *Área de Puerpério Imediato* - consta de espaço habilitado para seis puérperas;
- *Área de Transição* – consta de espaço com duas camas e quatro incubadoras, uma incubadora de transporte e uma incubadora radiante, habilitado para oito RN;
- *Internamento de Puerpério* – consta de oitenta camas distribuídas por dois serviços e ainda de duas salas para a atender aos RN, uma em cada serviço.

3.3. Recursos materiais

Além da estrutura física existem ainda outros recursos a nível material, tais como dois desfibriladores, dois monitores de eletrocardiograma, três monitores de tensão arterial, dois carros de reanimação cardiopulmonar, dois gasómetros, dois ecógrafos, duas cadeiras de balanço, duas cadeiras de parto, oito *birthing balls*, duas “lentejas” de parto, e um kit de aromoterapia e outro kit de musicoterapia.

3.4. Recursos humanos

No que se refere a recursos humanos, esta unidade conta com uma coordenadora clínica, com três enfermeiras supervisoras (uma em cada serviço de internamento de puerpério e outra na área de paritório), sendo esta última EEESMO. O paritório por ser uma unidade especial, conta ainda com a colaboração de outra EEESMO e uma auxiliar de manhã.

Para dar resposta à unidade de paritório existem sessenta e um EEESMO (conhecidos como “*Matronas*”) e quarenta e cinco auxiliares de enfermagem, distribuídos por cinco grupos, que realizam turnos de 12 horas. Seis EEESMO estão destinados à área do paritório, assistindo exclusivamente a uma gestante, exceto o enfermeiro a que lhe correspondem os paritório n.º4 e n.º 7 que fica responsável por ambos. Dois enfermeiros ficam responsáveis pelas áreas de observação ginecológica e obstétrica (“*Expectantes*”), outro pela área de urgência e ainda outro pelo puerpério imediato. Durante o ano 2010, aprovou-se a função do EEESMO na área de urgência, decidindo-se ser responsável pelo atendimento das gestantes de baixo risco – e como tal, profissional autónomo - podendo tomar decisões sem a supervisão do obstetra.

Existem ainda quinze enfermeiros e sete auxiliares de enfermagem na área de transição responsáveis pelo atendimento dos RN que necessitem de cuidados especiais. No período máximo de 24 horas são transferidos para o Serviço de Neonatologia, caso se justifique.

Nos serviços de puerpério existem enfermeiros generalistas, distribuídos por turnos de 8 horas. No entanto, encontra-se em processo a substituição destas enfermeiras generalistas por enfermeiros especialistas em SMO, tendo sido já aprovado superiormente.

Em relação à equipa médica, esta encontra-se distribuída da seguinte forma: em todos os turnos existem dois médicos adjuntos na área de sala de partos; um na área de urgência; dois na hospitalização de puerpério (estes apenas se encontram no turno da manhã); zero a três

Médicos Internos Residentes (MIR) da especialidade e cinco anestesistas (um no turno da manhã, três no turno da tarde e dois no turno da noite).

3.5. Dados estatísticos: perspectiva comparativa

No ano de 2013, neste serviço, realizou-se um número total de partos de 4553 - uma média de 13,7 partos diários. Dos partos realizados é de referir que 74,8% foram eutócicos, 11,3% distócicos por fórceps, 0,2% podálicos e 13,7% cesarianas. Este último valor está de acordo com o preconizado pela OMS, sendo um hospital de referência em Espanha pelas reduzidas taxas a este nível (Gutiérrez, 2013).

Comparativamente ao ano de 2011, a média de partos diários neste serviço foi de 16,1, o que reflete um decréscimo ao nível das taxas de natalidade. Note-se que estes dados constituem uma forte preocupação social, que apresenta consequências aos mais variados níveis, quer de saúde, como demográficos, sociais e económicos, entre outros.

Concretamente na área da saúde, esta realidade pode acabar por se repercutir num aumento das gestações de risco e, conseqüente, aumento da morbidade neonatal. Especificamente neste serviço verificaram-se algumas consequências diretas relacionadas com estes aspetos:

- Incremento do número de mulheres com mais de 34 anos, que aumentou de 2011 para 2013, de 28% para 30% (Gutiérrez, 2011; Gutiérrez, 2012a & Gutiérrez, 2013);
- Aumento do número de mulheres primíparas, registando-se de 2011 para 2013 um aumento de 59,4% para 61,1% (Gutiérrez, 2011; Gutiérrez, 2012a & Gutiérrez, 2013).

Deste modo, e analisando sob uma perspectiva mais abrangente, recorrendo aos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) em Espanha, verifica-se que o Índice Sintético de Fecundidade tem vindo a diminuir. Este indicador revela, efetivamente, um aumento na idade média materna ao nascimento do primeiro filho. No ano 2012, correspondeu a 30,8 anos, sendo que na comunidade autónoma das Canárias foi de 29,6 anos (INE, 2012). Assim, compreende-se que a realidade existente neste serviço acaba por ser exemplo do que ocorre a nível nacional em Espanha. Acrescente-se, ainda, que esta realidade sucede também ao nível da maioria dos países desenvolvidos. No entanto, verifica-se alguma divergência na intervenção e implementação de políticas de saúde para a resolução desta “crise perinatal”.

4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

No presente capítulo, pretende-se apresentar o plano de ação e as atividades desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto num ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e RN na adaptação à vida extrauterina em contexto hospitalar. Para a programação do plano de ação e desenvolvimento das atividades foi necessária a realização do diagnóstico de situação para a identificação das necessidades e, conseqüentemente, dos objetivos deste ENP.

Efetivamente, a realização deste diagnóstico de situação tornou-se uma mais-valia, na medida em que permitiu refletir e perceber que uma mulher, quando está internada em contexto hospitalar, quer seja no momento do parto ou, posteriormente, no puerpério, traz consigo toda uma gravidez que lhe antecede. Para além disso, existem outros fatores associados, que mereceram especial atenção, como o grau de risco ao longo da gravidez, experiências obstétricas anteriores, antecedentes de pessoais de saúde, assim como fatores psicológicos e sociais/culturais (o convivente significativo, a família e a própria sociedade na qual estava inserida). De salientar que foi valorizada, acima de tudo, a forma única como cada mulher vivenciava todo este processo, que lhe era tão próprio e exclusivo, e que se constituiria, muito provavelmente, como uma parte significativa da sua história de vida. Daí que tenha sido fundamental identificar as necessidades e dificuldades no sentido de poder transmitir progressivamente à parturiente e conviventes significativos maior tranquilidade.

Neste sentido, ao compreender a influência que a atitude do EEESMO poderia causar, este tornou-se exigente com vista à melhoria do seu perfil de competências. Neste paradigma de cuidados tiveram-se em conta os pressupostos de Peplau, principalmente, quando refere que o tipo de pessoa em que a enfermeira se torna transmite uma diferença fundamental naquilo que cada cliente aprende ao receber os seus cuidados (Alligood & Tomey, 2004).

No que concerne à prestação de cuidados dirigidos à parturiente e ao RN, os mesmos tiveram como objetivos reduzir a morbilidade e mortalidade materna e perinatal e melhorar a assistência de saúde. Estes cuidados passaram, também, pela promoção do autocuidado, pelo

diagnóstico de problemas de saúde, pela promoção da relação de ajuda e tomada de decisões, tendo por base o pensamento crítico-reflexivo.

Na sociedade ocidental, a evolução a que assiste nas últimas décadas ao nível da assistência ao TP e parto foi marcada, essencialmente, pela transição deste momento da vida da mulher para o contexto hospitalar. Ao mesmo tempo, as mudanças sociodemográficas, nomeadamente a crescente diminuição das taxas de natalidade, levaram a que as famílias alargadas se fossem reduzindo gradualmente. Assim, o TP e parto, que até então se constituíam como um saber que se ia partilhando entre as mulheres e que ia passando naturalmente de geração em geração, apresentam-se, hoje em dia, com uma perspetiva distinta. Sabendo-se que são poucas as mulheres com experiência em cuidados ao RN em contexto familiar e que o seu saber é limitado, é natural que os seus medos, inseguranças e incertezas vão crescendo, à medida que o momento do seu parto se vai aproximando.

Deste modo, e para que o parto se tornasse o mais natural possível, a participação ativa da mulher foi tida como uma referência na prática diária de cuidados na sala de partos. A atitude era dirigida de forma a potenciar a sua maior capacidade de independência possível, respeitar as suas decisões, informar sobre os procedimentos, responder às suas necessidades e respeitar sempre o consentimento informado, no sentido de promover a continuação de uma transição para a parentalidade positiva. Assim, a relação que se estabelecia com a parturiente encetava-se no sentido de ver o corpo da mulher como um todo e não como uma máquina que desenvolvia o seu trabalho (parir). Ou seja, uma pessoa que para além de cuidados físicos necessitava de outro tipo de cuidados, para que a experiência do parto não se constituísse como negativa nem traumatizante (Coutinho, 2004).

Este aspeto da valorização da relação enfermeiro-paciente, como primordial no Processo de Enfermagem, é defendido pela teórica de enfermagem na qual se baseou esta prática de cuidados. A defensora da Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem pensa:

O que a enfermeira seja, ou possa chegar a ser, depende da capacidade de reconhecer as dificuldades que decorrem das relações com as pessoas e da habilidade que alcance para ajudar as pessoas a resolver as suas dificuldades e a desenvolver novas faculdades para enfrentar os problemas recorrentes (Peplau, 1990, p.10).

Durante o diagnóstico de situação, verificou-se que a sala de partos se constituiu como o contexto de estágio mais ambicioso e desejado e, ao mesmo tempo, o mais exigente. Por um lado, este contexto provocou motivação para continuar a desenvolver e aprofundar os conhecimentos e competências específicas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Ginecologia (ESMOG) nos cuidados a prestar à mulher e convivente significativo, em contexto de sala de partos. Por outro lado, provocou uma certa insegurança, uma vez que a complexidade, a especificidade e a imprevisibilidade destes cuidados são uma constante em virtude do seu caráter de urgência/emergência.

Apesar disso, à medida que se iam ultrapassando os obstáculos, as dificuldades iniciais foram-se dissipando e a confiança nos cuidados a prestar aumentou. Para isso, teve-se por base a identificação de necessidades de formação, seguida da reflexão relativa à forma de encontrar ferramentas necessárias para adquirir melhores práticas de cuidados no *continuum* da formação.

De notar ainda, ao longo do ENP, que a integração e o desenvolvimento de competências de EEESMO foram evoluindo de forma gradual e sistematizada, com o apoio imprescindível da enfermeira tutora e equipa multidisciplinar, de forma a aproveitar ao máximo as oportunidades e sempre valorizando o sentido crítico-reflexivo, fator crucial deste processo de aprendizagem.

Constatou-se que os sentimentos que se vivem dentro de cada “*Paritório*” são tão intensos que tornam esta área tão fascinante e apaixonante. Considera-se que partilhar e ajudar a parturiente/companheiro/família neste momento da vida tão marcante e único, como se constitui o TP e parto, foi, sem dúvida, um grande privilégio.

Tendo em conta a realidade das instituições, mais concretamente do contexto em que se realizou este ENP, e através da implementação do “*Guia de Assistência ao Parto Natural*” (Gutiérrez, 2012b) pôde constatar-se que existe uma crescente tendência para a humanização do parto. A Federação de Associação de Matronas Espanholas (FAME, 2008) define o parto normal como um processo fisiológico único, no qual a mulher finaliza a gravidez de termo e em que estão implicados fatores psicológicos e socioculturais. O seu início é espontâneo, evolui e termina sem complicações, culminando com o nascimento e não implicando mais intervenções do que o apoio integral e respeitoso do mesmo.

Deste modo, passa-se a mencionar as áreas problema consideradas prioritárias:

- Prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto num ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e RN na adaptação à vida extrauterina, no domínio da promoção, do diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do RN e providência de cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto;
- Compreender as vivências da mulher relativamente à Imagem Corporal e Sexualidade face às alterações corporais da gravidez.

Neste sentido, traçaram-se como objetivos gerais:

- Desenvolver competências ao nível da prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto num ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina - tendo por base as Competências Específicas do EEESMOG refletidas no Regulamento nº 127/2011 publicado em Diário da República, 2.^a série N.º 35 de 18 Fevereiro de 2011, pela OE e os requisitos previstos na Diretiva Lei nº 9/2009 de 4 de Março, no que concerne à formação de “Parteira” pela Comunidade Europeia;
- Compreender as vivências da mulher relativamente à imagem corporal e sexualidade face às alterações corporais da gravidez.

Para dar resposta a estes objetivos gerais, mencionam-se os seguintes objetivos específicos:

- Promover a saúde da mulher durante o TP e otimizar a adaptação do RN à vida extrauterina;
- Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do RN;
- Providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e ou com o TP;
- Identificar as alterações corporais que a mulher experimentou durante a gravidez;
- Identificar as alterações corporais da gravidez que interferiram na imagem corporal da e na sexualidade da mulher;

- Conhecer as estratégias utilizadas face às alterações corporais da gravidez;
- Conhecer as expectativas da mulher face às alterações corporais da gravidez na sua imagem corporal e na sexualidade, para o período pós-parto.

Estes objetivos gerais e específicos foram o ponto de partida e constituíram as atividades centrais desenvolvidas neste ENP. Relativamente ao desenvolvimento de competências preconizados pela OE e as exigências da Lei nº 9/2009 de 4 Março, no que concerne à formação de “*Parteira*” pela Comunidade Europeia, serviram de orientação para o cumprimento os seguintes requisitos previstos:

- Vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 34 parturientes;
- Realização de, pelo menos, 34 partos;
- Desenvolver e aprofundar capacidades teórico-práticas e técnicas na realização de episiotomia e sutura;
- Vigilância e cuidados, incluindo exame, de, pelo menos, 25 parturientes em situação normal;
- Vigilância e cuidados, incluindo exame, de, pelo menos, 49 recém-nascidos normais;
- Vigilância e cuidados prestados a 37 grávidas, durante e depois do parto, em situações de risco;
- Participação ativa em partos de apresentação pélvica;
- Realização de, pelo menos, 25 exames pré-natais.

Para melhor organização do relatório e para dar resposta aos objetivos gerais referidos, as atividades desenvolvidas serão apresentadas em três subcapítulos: prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto num ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente; prestação de cuidados especializados ao recém-nascido no sentido de promover e otimizar a sua adaptação à vida extrauterina; vivência da mulher relativamente à sua imagem corporal e sexualidade face às alterações corporais da gravidez - que realidade?

Em termos de duração estas atividades em contexto de sala de partos, por serem as centrais do ENP, foram as que maior número de horas conteve, num total de 747 horas presenciais em contexto prático, compreendidas no período de 20/05/2013 a 15/12/2013.

De referir ainda que, dada a estrutura desta organização, adequou-se a prática a outras unidades pertencentes a este serviço, como a unidade de puerpério imediato (que no CHUIMI não é realizado dentro do bloco de partos), triagem/admissão e observação obstétrica - contextos imprescindíveis para dar resposta a todos os objetivos referidos.

No que concerne aos números atingidos durante este ENP e tendo em conta os objetivos específicos mencionados, é de referir o seguinte: vigiaram-se e prestaram-se cuidados a 85 parturientes; executaram-se 51 partos eutócicos; participou-se ativamente em 17 partos distócicos por fórceps, 3 partos de apresentação pélvica e 1 parto gemelar; prepararam-se 11 parturientes para cesariana de urgência, observando-se apenas 5 delas; prestaram-se cuidados a 44 parturientes em situação de risco, durante e depois do parto; realizaram-se 9 episiotomias; iniciou-se a prática à episiorrafia e sutura, em 17 situações; realizaram-se 71 consultas de enfermagem (em admissão); vigiaram-se e prestaram-se cuidados a 85 puérperas/família; vigiaram-se e prestaram-se cuidados a 83 RN saudáveis e 7 de risco.

Para a compreensão das vivências da mulher relativamente à imagem corporal e sexualidade face às alterações corporais da gravidez, à atividade desenvolvida serviu de orientação um estudo exploratório, procurando-se identificar necessidades/problemas passíveis de resposta de cuidados especializados na área da SMO.

Passam-se a apresentar as atividades desenvolvidas tendo em conta o desenrolar e evolução ao nível das competências adquiridas, dos recursos e das estratégias utilizados em contexto assistencial no sentido de minimizar e colmatar as dificuldades.

4.1. Prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto num ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente

A concretização desta atividade baseou-se no PE visando organizar de forma sistematizada o trabalho do EEESMO na tomada de decisão e predizer e avaliar a prestação de cuidados, satisfazendo assim as necessidades da parturiente e reajustando sempre as intervenções de enfermagem de forma dinâmica ao longo de todo o processo, face a novas necessidades/diagnósticos.

Neste hospital, após a triagem e admissão, a parturiente foi acolhida e orientada até à área de observação obstétrica ou diretamente para a sala de partos, dependendo do seu estado de trabalho de parto. Foi-lhe facultado o maior conforto e privacidade, tendo a oportunidade de ter um acompanhante sempre presente durante todo o TP e parto.

Considerou-se que o primeiro momento de contato com a parturiente era de relevante importância, concretamente para o estabelecimento da relação e para a recolha de dados. Assim, no momento da admissão, após a apresentação e o acolhimento na sala de partos, explicava-se as normas da instituição, procedia-se à entrevista completa com vista a elaboração da história clínica da parturiente e, posteriormente, efetuava-se o exame físico.

A parturiente e convivente significativo permaneciam numa das “*unidades de paritório*”, unidades individualizadas que possuíam um regulador de temperatura ambiente, uma cama adaptável a várias posições, espaço com material, como a *Birth ball*, cadeira de parto, almofadas, cadeirão e todo o equipamento técnico para efetuar a monitorização do TP e para a realização do parto. Através desta descrição pretende-se demonstrar as possibilidades de escolha ao alcance de cada mulher, para poder vivenciar a experiência do parto da melhor forma possível e ser ativa no processo de tomada de decisão esclarecida no desenrolar do seu trabalho de parto e parto.

Posteriormente e através das *Manobras de Leopold*, diagnosticava-se a apresentação, a situação, a posição e a variedade fetal e, através da aplicação do *Índice de Bishop*, efetuava-se o exame vaginal para avaliar as características do colo uterino, as características do líquido amniótico, a estrutura pélvica e diâmetros, os *Planos de Hodje* da apresentação e a altura

uterina - elementos correspondentes aos conhecimentos do *saber-fazer*, concebidos na Competência III, referente ao Parto (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). Assim, tendo por base o diagnóstico desta avaliação atuava-se, adequando e aplicando as medidas necessárias a cada fase da progressão do trabalho de parto, no sentido de dar resposta às necessidades da parturiente, não esquecendo nunca o suporte emocional e psicológico à mesma e à sua família e/ou convivente significativo.

Monitorizava-se a frequência cardíaca fetal, a contratilidade uterina e interpretava-se os resultados para a avaliação do bem-estar materno-fetal através do RCTG (Registo Cardiotocográfico). Houve a oportunidade de acompanhar a evolução do TP, num número de parturientes significativo, pelo que se considera haver evolução na identificação das fases do mesmo, adequando-se as intervenções necessárias e implementando-as de forma efetiva.

Ainda se pôde constatar a diversidade de atitudes e reações por parte das parturientes, dependendo da influência de fatores como a sua personalidade, o tipo de relação conjugal, a paridade e a frequência na Preparação para o Parto e para a Parentalidade (PPP).

Os esforços foram realizados no sentido de facilitar à parturiente e convivente significativo/família a expressão de sentimentos, necessidades, preferências e expectativas em relação ao TP e parto, informar sobre as alterações fisiológicas e evolução do TP e parto, propor e discutir intervenções em conjunto, garantindo o bem-estar materno e fetal e estimular e promover uma atitude de confiança, proporcionando a melhor experiência possível de parto.

No que diz respeito ao primeiro período do parto – a dilatação - importa referir que a dor constituía-se o principal motivo de exacerbação destes sentimentos, tendo-se identificado, inicialmente, como necessidade imperiosa o aplicar de medidas de suporte de alívio da dor não farmacológicas - objetivos preconizados pela OE, na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor no TP e parto.

Neste sentido, aplicaram-se as seguintes medidas de alívio da dor não farmacológicas:

- Promover apoio emocional e acompanhamento constante;
- Facilitar e favorecer a posição que a parturiente mais desejasse e se sentisse cómoda (desde que não fosse contraindicada);
- Promover técnicas de respiração e relaxamento;

- Promover o uso da *Birth ball*, massagem lombar, musicoterapia, aromaterapia e ambiente de baixa luminosidade e diminuição do ruído.

Tentava-se conciliar algumas destas medidas de suporte a cada mulher, em particular, a cada momento e tendo em atenção o efeito que produzia em cada uma delas, no sentido de satisfazer as necessidades da parturiente, pois como refere a FAME (2008): o ambiente físico em que a mulher se encontra durante o TP e parto influencia a sua evolução e a excelência dos cuidados, pela baixa intervenção proporcionada nesse ambiente.

Pensa-se que o desenvolvimento desta competência tornou-se pertinente porque, apesar de na atualidade as medidas farmacológicas de alívio da dor, nomeadamente, a analgesia por epidural constituir-se uma forte percentagem de adesão (89%, no CHUIMI), não é colocada antes da fase ativa, daí que existe um largo período que é necessário aplicar medidas de suporte de alívio da dor não farmacológicas.

Por outro lado, àquelas mulheres que desejavam um parto natural, também se aplicaram as mesmas medidas, desenvolvendo-se competências de assistência e promotoras do parto normal. Estas práticas foram de encontro ao que defende a OMS na guia prática de assistência aos cuidados no parto natural. De acordo com a definição da OMS (1996, p.7) entende-se parto normal como: “Parto de início espontâneo, baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente em apresentação cefálica, entre as 37 e 42 semanas completas. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boas condições.”

Neste sentido e dado o mundo globalizado em que vivemos, considera-se uma mais-valia ter adquirido este tipo de perícia, podendo o EEESMO exercer funções noutra contexto e adaptar-se mais facilmente às diferentes realidades e culturas. Tome - se como exemplos: em alguns países em vias de desenvolvimento, o uso da analgesia epidural é bastante reduzido, sendo considerado apenas em casos excecionais que se justifiquem; em muitos países subdesenvolvidos é praticamente inexistente devido à escassez de recursos; em alguns países desenvolvidos é pouco frequente, em defesa de práticas de cuidados promotoras do parto natural.

Relativamente à analgesia por epidural é de referir a existência de um protocolo neste hospital, em que todas as mulheres que solicitavam este tipo de analgesia eram submetidas a monitorização interna materno-fetal, por ser considerada mais rigorosa que a externa, o que

necessitaria de amniotomia prévia, no caso da bolsa de águas estar intacta. Assim, permitiu desenvolver capacidades técnicas num número considerável de experiências na colocação da monitorização interna e na realização prévia da amniotomia. Contudo, este procedimento apresenta desvantagens como: o desconforto e a dor provocada, o ser dispendioso e o risco de uma maior probabilidade de complicações como a corioamnionite. Neste sentido, exigiu uma maior atenção desde o procedimento até à vigilância, assim como ao nível de normas de assepsia estritas.

Relativamente ao segundo período do parto, durante este estágio e dada a sua longa duração, existiu a oportunidade de executar manobras no parto de apresentação cefálica, num número de 51 partos eutócicos e a participação em 3 partos de apresentação pélvica e 1 parto gemelar.

Foram providenciados cuidados à mulher durante o período expulsivo, tendo em conta o progresso da descida da apresentação fetal, condições da sua estrutura pélvica e a avaliação do bem-estar materno e fetal, através da interpretação e avaliação do RCTG com a identificação de complicações através de:

- Aplicação de medidas de higiene e conforto;
- Promoção de técnicas de respiração adequadas a este período;
- Aplicação de medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente, família e conviventes significativos;
- Proteção adequada do períneo, com controlo da saída da cabeça do feto;
- Administração de terapêutica, considerando a ação do medicamento na parturiente, na evolução do parto e no feto;
- Aplicação de ocitocina na correção da distócia dinâmica do parto;
- Implementação de intervenções adequadas nas situações de circular cervical;
- Realização de episiotomia, sempre que se justificava;
- Referenciação para profissionais de saúde adequados, em situações que se justificavam, por se encontrarem para além da área de atuação.

No que concerne ao terceiro período do parto, existiu a oportunidade de executar intervenções adequadas como:

- Prescrição e a administração de ocitocina;
- Diagnóstico dos sinais de deslocamento fisiológico da placenta;

- Prevenção, controlo e avaliação das perdas sanguíneas, estado de consciência e sinais de choque;
- Monitorização dos sinais vitais;
- Revisão uterina, atendendo à presença do *Globo de Segurança de Pinard*, com medição da altura uterina e descartando o globo vesical;
- Inspeção da integridade e características da placenta, membranas e cordão;
- Realização do pH venoso e arterial do cordão;
- Reparação de lesões do canal de parto, através de sutura e/ou episiorrafia;
- Prevenção e controlo de hemorragia pós-parto.

Em suma, puderam-se desenvolver competências na área de intervenção e prestação de cuidados especializados em SMO, com a aquisição de conhecimentos e habilidades, atuando-se no sentido de providenciar cuidados à parturiente de baixo risco e convivente significativo. Estabeleceram-se prioridades de intervenção no atendimento da mulher em TP, diagnosticando, planeando e colocando em prática intervenções de enfermagem decorrentes, sempre em colaboração com a equipa multiprofissional.

De salientar que ao longo deste ENP sempre se valorizou a importância do trabalho em equipa, salientando-se a comunicação multidisciplinar e o próprio companheirismo sentido durante todo o estágio, que proporcionaram um cuidar à mulher, parturiente, puérpera, casal e família mais holístico e integrado. Constatou-se que os “*estatutos*” não são marcados, o que se tornou uma mais-valia em prol do bem-estar e da promoção da saúde das pessoas, que são o principal alvo de cuidados em saúde. Nas situações de risco com urgência/emergência obstétrica valorizou-se especialmente este aspeto. Ao serem situações marcadas pelo seu carácter emergente, a necessidade de atuar rápida e eficazmente era imperiosa, devido à imprevisibilidade inerente e por se tratar de situações potencialmente ameaçadoras do bem-estar materno-fetal. Assim, o trabalho em equipa tornava-se, igualmente, crucial.

Experienciaram-se algumas situações em que a parturiente teve de ser encaminhada para cesariana de urgência, quer por comprometimento do bem-estar fetal - mais concretamente por bradicardia fetal, detetada através da técnica médica de análise de uma amostra de sangue do couro cabeludo fetal, verificando-se o estado ácido-base, nomeadamente do pH que se indicasse valores inferiores a 7,20 era critério imediato para o término da gestação; quer por corioamniotite - com febre materna associada a taquicardia materna e conseqüente

comprometimento do bem-estar fetal. A acessibilidade ao “*Manual de Registos Cardiotocográficos*” permitiu articular e fundamentar a prática, concretamente na identificação e monitorização do risco materno-fetal e desvios ao padrão normal no TP parto.

Este desenvolvimento traduz uma das competências do EEESMO ao diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher, sendo que para isso se procurou o rigor técnico-científico, face à identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da mulher/parturiente. Deste modo, pôde-se prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuíssem para as evitar ou minimizar os seus possíveis efeitos, assim como a referenciação de situações problemáticas para outros profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde, tal como são previstas no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESMOG (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Por outro lado, foram providenciados cuidados à parturiente em situação de risco e/ou com patologia associada concomitante com a gravidez ou com o TP, iniciando-se com a identificação e avaliação do risco, durante a gravidez, pois permitiu a deteção e tratamento precoce de complicações que pudessem potenciar as complicações obstétricas. Para isso, tornou-se imprescindível a utilização do *Índice de Goodwin Modificado*, que associa os diversos fatores patológicos que condicionam a evolução da gravidez, monitorizando a gestação e orientando para possíveis atuações.

As patologias e/ou os fatores de risco das parturientes que foram sujeitas a cuidados neste ENP prenderam-se essencialmente com: antecedentes obstétricos de morte fetal e mau passado obstétrico, abortos recorrentes, cesariana anterior, história de infertilidade, cirurgia ginecológica anterior, hipertensão/pré-eclampsia/eclampsia, diabetes gestacional, rotura prematura de bolsa de água, gestação múltipla, hidrâmnios, oligoâmnios, RN macrossómico, restrição do crescimento intrauterino, grandes múltiparas, adolescentes, parturientes com mais de 35 anos de idade, gravidez prolongada, parturientes com patologia respiratória associada, anemia e depressão.

Por outro lado, dado que a patologia do RN com maior taxa de incidência era o RN Pré-termo, tinha-se especial atenção aos principais fatores maternos associados, o consumo de tabaco e/ou drogas, a obesidade e, ainda, as gravidezes resultantes de inseminações artificiais. Permitiu despertar para a relação de todos estes fatores de risco com as suas possíveis consequências, a importância da sua identificação precoce, diagnóstico e intervenção de

enfermagem de acordo com as necessidades evidenciadas e encaminhar para os profissionais de referência, quando essas complicações saíam do âmbito das competências do EEESMO.

Deste modo, constituíram-se como fatores importantíssimos: a atualização, a articulação e o aprofundamento de conhecimentos nestas situações em específico. Apesar de não serem as mais comuns na prática diária, existiram com alguma frequência, por se tratar de um hospital de nível III como o CHUIMI e receber situações de risco que são encaminhadas de outros hospitais.

Por último, no quarto período do parto, prestaram-se cuidados no sentido de promover a saúde da puérpera e RN. Atuou-se no despiste de complicações puerperais através da avaliação dos sinais vitais, realização do exame físico com especial atenção às mamas e ao períneo, involução uterina, características dos lóquios e cicatrização da ferida perineal ou cirúrgica, no caso de apresentar.

Investiu-se na promoção, prevenção e controlo da dor, na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, adequando as intervenções às dificuldades, conhecimento e motivação por parte das puérperas. Ensinou-se às puérperas/convivente significativo as melhores técnicas e posicionamentos, motivando-os e transmitindo-lhes segurança e confiança. Por outro lado, estimulou-se o contacto pele a pele, nas duas primeiras horas pós-parto, no sentido de favorecer o processo de vinculação mãe/filho. Capacitaram-se os pais para o autocuidado e o cuidar do filho.

Avaliou-se o estado emocional, aplicando-se medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, família e conviventes significativos. Percebeu-se, na prática, a sua verdadeira importância, explicando e fazendo compreender às puérperas as alterações fisiológicas no puerpério. Sabendo que este período traduz uma dificuldade na assimilação dos conhecimentos, porque ainda se encontravam a viver as experiências do parto, teve-se especial atenção a esse aspeto. Deste modo, houve algum cuidado quanto à informação transmitida, validando o que foi assimilado e reforçando e compreendendo as causas dessa dificuldade.

4.2. Prestação de cuidados especializados ao recém-nascido no sentido de promover e otimizar a sua adaptação à vida extrauterina

No seguimento da atividade anterior, decidiu-se enquadrar neste subcapítulo as competências referentes aos cuidados ao RN, concretamente no que toca ao promover e otimizar a sua adaptação à vida extrauterina. Apesar destas atividades relativas ao RN terem ocorrido num período de tempo coexistente e complementar ao cuidado da parturiente e puérpera, mencionam-se separadamente, apenas por uma questão estrutural e de compreensão.

Considera-se ter desenvolvido competências no sentido de implementar medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina com:

- Avaliação do *Índice de APGAR* ao 1º, 5º e 10º minuto;
- Assegurar boas condições de termorregulação, respiratórias e circulatórias;
- Promoção da vinculação com os pais/conviventes significativos, através do contacto pele a pele com a mãe nas duas primeiras horas após o nascimento;
- Participação na reanimação do RN em situação de emergência;
- Realização do exame físico e deteção precoce de complicações.

Desta forma, houve especial atenção ao período expulsivo, tendo-se desenvolvido competências no sentido de: controlo do estado fetal com a interpretação e avaliação do RCTG para a identificação de situações de risco; capacidades técnicas; atitude e estática materna e evolução do próprio período expulsivo. Quando se justificava, era ponderada a realização da episiotomia ou a referenciação para profissionais adequados, com o fim de abreviar o período expulsivo e/ou facilitar a saída do feto, prevenindo anoxia cerebral de forma a favorecer as melhores condições de nascimento e, conseqüentemente, uma melhor adaptação à vida extrauterina. Esta possível complicação pode levar a cuidados especiais neonatais, assim como, a longo prazo, a possíveis atrasos no desenvolvimento psicomotor, associados a afetação neurológica, como dificuldades tardias na aprendizagem.

Nas situações em que o RN revelou uma boa adaptação à vida extrauterina e prestados os cuidados imediatos ao RN, clampado e cortado o cordão umbilical, proporcionou-se o contacto pele-com-pele do RN com a mãe. Deste modo, promoveu-se a aproximação entre ambos para o estabelecimento do vínculo precoce, no sentido da promoção do desenvolvimento psicomotor do RN.

O contacto pele-com-pele é reconhecido pela comunidade científica, por uma revisão de estudos da *Cochrane* e pelas recomendações da OMS (2007), como uma influência positiva na interação entre a mãe e o RN, pela estimulação sensorial ao nível do toque, do calor e do odor maternos. Psicologicamente estimula a mãe e o RN a adaptarem-se um ao outro, além de ser vantajoso para que o RN colonize as bactérias cutâneas maternas. Por outro lado, apresenta, também, um maior sucesso na iniciação do aleitamento materno e na sua manutenção a nível exclusivo a longo prazo. Neste sentido, investiu-se na promoção, proteção e apoio do aleitamento materno, principalmente na 1ª hora de vida após o nascimento. Dada a importância reconhecida pela OMS (2007), e a mudança, principalmente para os casais “*primíparos*” pareceu fundamental dar início a este processo o mais precocemente possível.

As atividades descritas favoreceram o desenvolvimento de competências, ao diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde do recém-nascido. Deste modo, percebeu-se que existe, efetivamente, uma interação iminente entre os comportamentos da saúde materna e o bem-estar fetal, o que se traduz, posteriormente, no estado de saúde/doença do RN. Analisar sob esta perspectiva, permitiu desenvolver um olhar mais crítico, na medida em que proporcionou uma analogia entre a patologia e fatores possíveis desencadeadores.

A patologia mais frequente dos RN deste hospital são os RN pré-termo, constituindo 8,22% dos nascimentos totais. Além desta patologia, que dada a sua gravidade encerra em si vários cuidados e possíveis complicações, nomeadamente as neurológicas, existem ainda outras como as infecciosas, problemas respiratórios, congénitos e sofrimento fetal intraparto.

Nestes casos, realizaram-se intervenções preventivas desta complicação, dirigida à grávida de risco com Ameaça de Parto Pré-Termo, através da monitorização de RCTG; da Educação para a Saúde (EPS) reforçando a importância do repouso, esclarecendo dúvidas e promovendo a tranquilidade; da administração de tocolíticos (quando prescritos) e da administração de terapêutica corticoide para promover a maturação pulmonar do feto com menos de 34s, prevenindo assim complicações pulmonares no caso de um Parto Pré-Termo.

No caso dos RN que apresentavam problemas infecciosos, estes tinham por base, normalmente, Rotura Prematura de Membranas (RPM) com conseqüente corioamnionite; exsudado *Agalactae* positivo/ausente e ainda alterações ou ausência de serologia materna. A intervenção foi dirigida no sentido do controlo de sinais vitais intraparto e na administração

de antibioterapia materna intraparto, segundo protocolo específico. Após o nascimento, realizou-se punção venosa ao RN para avaliar a *Proteína C-Reativa*.

Estas duas complicações mais frequentes foram referidas com maior destaque, dado o impacto que podem trazer a longo prazo. Assim, pensa-se que se conseguiram articular os conhecimentos teóricos no cuidar ao RN, no despiste de complicações e vigilância do bem-estar, relacionando-os com possíveis fatores maternos etiológicos. Prestou-se especial atenção aos casos em que as parturientes apresentavam *Streptococcus Agalactae* positivo, RPM, TP prolongado ou presença de mecónio no líquido amniótico.

Este estágio permitiu desenvolver um olhar mais profundo, crítico e detalhado sobre os vários fatores que pudessem comprometer o bem-estar fetal e a saúde do RN, quer no momento do parto, quer pela história de gravidez atual e do grau de risco da saúde materna, no sentido de minimizar as causas diretas e indiretas de morbi-mortalidade materno-fetal.

O número alargado de experiências obtidas deu oportunidade de experienciar, principalmente no puerpério imediato, a prestação de cuidados aos RN saudáveis e de risco e permitiu desenvolver várias competências, nomeadamente no que respeita à avaliação do seu bem-estar. De referir ainda, o desenvolvimento de competências ao nível de EPS aos pais, família ou conviventes significativos, no sentido de favorecer uma melhor adaptação à parentalidade, articulando todos estes aspetos com conhecimentos teóricos.

4.3. Vivência da mulher relativamente à sua imagem corporal e sexualidade face às alterações corporais da gravidez - que realidade?

Presentemente, vivemos numa sociedade cada vez mais exigente. A mulher passou a adotar vários papéis sociais, nos quais a maternidade deixou de ser prioritária, e o corpo e a beleza corporal constituem, vincadamente, fortes cânones femininos. Assim, um dos temas que coloca a mulher em conflito, atualmente, é a influência do ser mãe no ser mulher, ou seja, que obstáculos se prendem com a maternidade nos dias de hoje, sendo consideradas as alterações da imagem corporal um dos motivos (Ferreira & Pimentel, 2005).

Efetivamente, tudo depende da forma como cada grávida encara as transformações do seu corpo e também do acompanhamento psicoafectivo envolvente. A imagem que o companheiro construiu da mulher, naturalmente, associada ao seu valor simbólico e de sedução, poderá nesta fase de mudança alterar-se. A sua opinião poderá desencadear na mulher sentimentos negativos relacionados com a sua identidade, autoestima e autoconceito.

Por outro lado, evidencia-se um sentimento de insatisfação por parte da mulher com a sua imagem física, à medida que a gravidez progride, conduzindo a uma atitude de maior inibição perante o relacionamento sexual com o companheiro. Deste modo, a vivência da sexualidade durante o ciclo gravídico-puerperal pode ver-se modificada, devido aos seguintes fatores: alterações corporais decorrentes da gravidez e a forma como a mulher percebe essas mesmas alterações físicas no seu corpo (Apolinário, Cruz & Patatas, 2008; Figueiredo & Silva, 2005; Galvão, Lopes & Nogueiró, 2004; Portelinha, 2003).

Entendendo-se o autoconceito como “A percepção global de si próprio que inclui a autossatisfação, a autoaceitação, a autoestima e a congruência ou discrepância entre o próprio e o ideal de si mesmo.” (Mercer, 2004, p. 525) e tendo em conta que as alterações corporais maternas podem influenciar a sua imagem corporal e a sexualidade, poderá compreender-se esta influência na sua autoestima que, por sua vez, poderá desencadear, mais tarde, problemas psicológicos. Este processo implica reavaliar as perdas e ganhos que a maternidade introduziu, aceitar as mudanças implicadas por este novo estágio e adaptar-se de acordo com a sua identidade prévia como mulher (Colman & Colman, 1994).

4.3.1. Do corpo feminino ao corpo materno

Desde os mais remotos tempos que a crença de que a geração da vida era parte integrante da natureza da mulher tornou a maternidade intrinsecamente vinculada à identidade feminina, tornando o conceito de mulher indissociável do conceito de mãe.

Esta concepção predominou até ao século XX. A partir daí, verificaram-se as primeiras mudanças, marcadas por fenómenos como a guerra e a industrialização, que contribuíram para o processo de emancipação feminina, promotora de uma revolução de mentalidades. Também Freud contribuiu para esta mudança, quando introduziu o conceito de prazer associado à sexualidade, divorciando-a, assim, da reprodução, exclusivamente (Canavarro, 2001).

Contudo, só na década de 60, com a descoberta e introdução dos contraceptivos é que a mulher passou a poder controlar o seu próprio corpo e fecundidade e a disfrutar do prazer da sexualidade – constituindo-se um verdadeiro marco histórico. Atualmente, com o avanço científico, é ainda possível escolher métodos alternativos de fecundação ou mesmo interromper uma gravidez já iniciada (Bia, 2010; Canavarro, 2001).

A evolução possibilitou à mulher a separação entre sexualidade e reprodução, permitindo um maior controlo sobre o seu corpo e, conseqüentemente, da sua vida. Assim, a maternidade começou a surgir como uma opção na vida da mulher. Esta dimensão histórica da indissociabilidade da mulher-mãe acaba por apresentar alguma influência e repercussão atualmente, concretamente ao nível da gravidez. Devido à repressão e negação da existência da sexualidade neste período da vida do casal, este pode chegar a sentir culpabilidade e remorso face às suas necessidades sexuais.

No entanto, esta abordagem acaba por ser muito recente, mantendo-se ainda enraizados social e culturalmente estes ideais de maternidade. Kitzinger (1996, p.65) refere que “. . .” as nossas imagens mentais da maternidade estão ligadas às fases iniciais dessa relação. A imagem da maternidade é personificada nos braços envolventes e protetores da mãe.”. Daí que existam, ainda hoje, muitas mulheres que não desejam procriar, mas que sentem a pressão e o dever social de o fazer.

Neste âmbito, o contexto sociocultural e a sua própria história de desenvolvimento, sobretudo no que toca a aspetos relacionais, podem ter contribuído para a construção de crenças básicas não adaptativas sobre o que é que uma mulher deve ser, fazer e sentir. Para além desta pressão

social, a capacidade de procriação alicerça-se numa dimensão biológica, o que significa que a maioria das mulheres pode ter filhos, surgindo como uma prova de um corpo feminino saudável e fértil. Apesar disso, esta capacidade física não exerce nenhuma garantia sobre as capacidades de maternalização Canavarro (2001).

Em todo o caso, aquelas mulheres que realmente decidem e querem ser mães deparam-se com o dilema atual, “Ser Mãe e ser Mulher: um Dilema no Feminino” (Ferreira & Pimentel, 2005:15), na medida em que a maternidade, nos dias de hoje, enfrenta determinados obstáculos, sendo um deles a valorização do corpo associada à imagem corporal.

Tendo em conta que associado à gravidez existem alterações físicas, a mulher pode sentir alterações na sua autoimagem, que podem levar à perda de autoestima, associada ao receio de deixar de se sentir atraente e, por conseguinte, receio que a sua relação com o companheiro se altere (Ferreira & Pimentel, 2005).

Se outrora as mulheres desejavam muito serem mães, na atualidade, por diversas razões, este pode não ser o desejo primordial. A mulher valoriza-se pela sua identidade própria e o seu corpo e aparência constituem valores importantes, dando significado à capacidade de autoafirmação e de defesa do “eu”, contrapondo-se à figura de malignidade e de sexualidade destrutiva em tempos anteriores. Vemos, então, que, atualmente, a veiculação da imagem da mulher apresenta um grande número de recetores, concretamente dirigida pelos *mass media*, comportando e valorizando características e papéis intelectuais, profissionais, físicos, relacionais, sociais e maternos (Canavarro, 2001).

Definir o corpo pode ser um processo bastante complexo e subjetivo, pois é abordado sob várias perspetivas, desde o seu carácter biológico, filosófico, metafísico, sociológico, teológico, antropológico, entre outros. A subjetividade deste conceito prende-se com a variedade de cada sociedade, de cada época e dos próprios processos de aculturação.

Ribeiro (1995, p.61) remete para a perspetiva de que *corpo vivido* dá uma perceção à aparência do corpo, tentando compreendê-lo e representando o seu valor do ponto de vista de quem o percebe, “Filtrando qualidades sensíveis e integrando uma única representação (imagem mental), dados aprendidos pelos diferentes órgãos sensoriais.”

Por outro lado, Giddens (1994, p.88) enfoca o corpo sob outra perspetiva - *o corpo objeto*, como um corpo físico, “Um objeto que todos temos o privilégio ou a condenação de habitar é

fonte de sensações de bem-estar e prazer, mas também local de doenças e pressões.” No entanto, não se centra única e exclusivamente neste conceito. Refere ainda que o corpo ““. . .” não é apenas uma entidade física que nós possuímos “. . .” é um sistema-ação, um modo de praxis e a sua imersão prática nas interações da vida do dia-a-dia é uma parte essencial da manutenção de um sentido coerente de autoidentidade.”

Assim, emerge a teoria dualista do *corpo-espírito*, uma constante interação do *corpo objeto* com o *corpo vivido*, como nos diz Damásio (2000, p.173) numa das suas citações: “Uma mente, aquilo que define uma pessoa, exige um corpo; e um corpo gera uma só mente “. . . “ Esta é modelada pelo corpo e destinada a servi-lo. As mentes preocupadas com o corpo ajudam a salvar o corpo.”

Numa perspetiva mais ampla, Ribeiro (2003) refere que a teoria dualista do *corpo-espírito* é ultrapassada pela nova teoria do corpo pós-dualista, em que representa o corpo com a sua própria experiência, expondo quatro modos dessa representação: *o meu corpo* – que se manifesta na relação imediata com o “eu”; o corpo *da fachada pública* – que se manifesta na aparência; *o corpo anatomofisiológico* – que é usado como objeto para a ciência; *o corpo da corporeidade* – como a ligação dos três corpos anteriores, mas de uma forma mais transcendente, cujo conhecimento depende da resolução de problemas vitais.

Considerado o exposto, importa conhecer as alterações corporais que ocorrem na gravidez e no período pós-parto, assim como a perceção da mulher da sua imagem corporal e vivência da sua sexualidade face a essas alterações corporais.

4.3.1.1 Alterações corporais durante a gravidez e período pós-parto

A gravidez do ponto de vista biológico resulta da maturidade sexual do casal e consubstancia a capacidade de reprodução da espécie, necessária para a sua perpetuação (Portelinha, 2003). Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a gravidez pode ser definida como:

Processo do Sistema Reprodutor com as seguintes características específicas: Condição de desenvolver e alimentar um feto no corpo, e que dura um período de aproximadamente 266 dias, desde o dia da fertilização até ao nascimento; a gravidez é normal, saudável, mas implica alterações rápidas e inevitáveis nas funções corporais; o início da gravidez é indicado pela cessação dos períodos menstruais, enjoos matinais, aumento do volume das mamas e da pigmentação dos mamilos (CIPE, 2005, p.71).

Logo após a concepção, observam-se no organismo da mulher profundas alterações anatómicas e fisiológicas que desencadeiam alguns distúrbios e desconfortos naturais da gravidez e que normalmente não requerem tratamento médico.

Estas alterações físicas prendem-se, principalmente, com as alterações ao nível do sistema endócrino, resultantes das alterações hormonais necessárias para manter a gravidez. Imediatamente a seguir à implantação do embrião na parede uterina, regista-se um conjunto de alterações hormonais fundamentais para o sucesso do desenvolvimento do produto da concepção e para a adaptação orgânica e funcional do corpo da mulher (Portelinha, 2003). Inicialmente, a maioria das hormonas é produzida pelo corpo lúteo que é substituído, mais tarde, pela placenta que é responsável pelo aumento da concentração destas que virão a afetar todos os sistemas do corpo (Burroughs, 1995).

Basicamente, as adaptações maternas são atribuídas às hormonas da gravidez e às pressões mecânicas exercidas pelo aumento do útero e de outros tecidos (Lowdermilk, 2006). No primeiro trimestre, as alterações não são muito notórias, contudo o corpo da mulher vai passando por profundas modificações que começam a ser visíveis posteriormente.

Em primeiro lugar, destacam-se as alterações a nível físico do corpo da grávida, uma vez que é dessas que trata este estudo. Posteriormente, faz-se referência a outras alterações de nível metabólico (sistema endócrino, digestivo e nervoso) que, apesar de não serem visíveis fisicamente, se repercutem com um forte impacto nas primeiras.

No que respeita às alterações corporais físicas propriamente ditas, passa-se a mencioná-las tendo por base a pesquisa bibliográfica dos seguintes autores: Burroughs (1995); Graça, L. M. (2010); Lowdermilk (2006); Portelinha (2003) e Sanchez e Siña (1999), apresentando todos eles bastante congruência nas definições e caracterização que utilizam.

Uma das mais significativas alterações corporais diz respeito ao Aparelho Reprodutor e Mama. Reporta-se, entre outras, ao tamanho, forma e posição do útero, sendo estimulado pela produção de estrogénios e progesterona. Este cresce muito rapidamente, sobretudo, devido à hipertrofia das células miométriais, à hipertrofia e hiperplasia do tecido conjuntivo, dos vasos e da enervação.

A gravidez pode “*notar-se*” a partir das 14 semanas, embora a altura e o peso da mulher possam influenciar a situação. O aumento do abdómen pode ser menos evidente nas nulíparas com bom tónus muscular abdominal. O crescimento uterino é determinado pelos profissionais de saúde, através da medição da altura do fundo do útero. No entanto, este é variável, dependendo da posição do útero ou do feto, da quantidade de líquido amniótico, da presença de mais que um feto ou mesmo da obesidade materna.

As alterações relacionadas com a contratilidade uterina, que aparecem por volta das 20 semanas de gestação e são designadas como contrações de *Braxton Hicks*, podem causar algum incómodo e, apesar de serem indolores, podem mesmo causar dor a algumas mulheres.

Por outro lado, entre as 14 e 18 semanas de gestação, a grávida começa a sentir alterações relacionadas com a presença do feto – os primeiros movimentos fetais - nas múltiparas ocorre entre as 14 e 16 semanas, enquanto que nas primíparas, normalmente, acontece por volta das 18 semanas.

Ao nível da mucosa vaginal, desde o início da gestação que a sua vascularização sofre alterações e adquire uma cor azulada - conhecido pelo *senal de Chadwick* - que permitirá um aumento da sua distensibilidade para a passagem do feto durante o parto. Verifica-se, ainda, um aumento da secreção vaginal, resultando num fluido mucoso, abundante, esbranquiçado e ácido – leucorreia.

Outra das transformações evidentes que decorre ao longo da gravidez é ao nível da mama. O aumento do volume mamário e da sensibilidade mamária, que podem ir de um ligeiro formigueiro à dor aguda, são consequências do aumento dos níveis de estrogénios e

progesterona. Os mamilos e a auréola também ficam mais pigmentados, podendo desenvolver-se auréolas secundárias rosadas e os mamilos ficarem mais erécteis. Ao redor dos mamilos, na auréola primária, dá-se a hipertrofia das glândulas sebáceas, designadas por glândulas ou *tubérculos de Montgomery*, cuja função é protetora e lubrificadora dos mamilos para a amamentação. Embora não se verifique em todas as mulheres, pode, ainda, aparecer o colostro, a partir da 16ª semana de gestação, sendo mais frequente no final da gravidez e após o nascimento. Acrescente-se que pode surgir um aumento da irrigação sanguínea que provoca maior vascularização, podendo observar-se uma rede azulada de vasos à superfície da pele. O aparecimento de estrias na face externa da mama é comum.

Para além das estrias gravídicas na pele que recobre a mama, a partir do 2º e 3º trimestre, podem aparecer no abdómen, nas nádegas e nas coxas, em 50 a 90% das grávidas. Devem-se ao aumento ponderal de peso e ao útero em crescimento, associado à ação dos adenocorticóides que provocam estiramento do tecido conjuntivo subjacente à pele. Têm carácter hereditário, a sua coloração depende do tipo de pele da grávida e, após o parto, tendem a desvanecer, mas nunca desaparecem por completo.

No que refere, ainda, às alterações do sistema tegumentar pode surgir o escurecimento dos mamilos, auréolas, axilas e vulva, assim como o cloasma e a linha negra. Esta hiperpigmentação deve-se à ação aumentada da melanotropina. O cloasma surge em cerca de 50 a 70% das grávidas, caracterizado por manchas faciais acastanhadas irregulares que normalmente desaparecem depois da gravidez. A linha negra, branca ou alba é uma pigmentação mediana que se estende desde a sínfise púbica até ao fundo uterino, não é observada em todas as mulheres e pode não desaparecer completamente.

Devido aos elevados níveis de estrogénios podem, ainda, aparecer as conhecidas aranhas vasculares – angiomas - de cor violáceo que aparecem nas zonas do pescoço, do tórax, da face e dos membros. Também devido ao aumento da referida hormona pode aparecer o eritema palmar, as manchas rosadas ou avermelhadas na face palmar das mãos que, normalmente, também desaparecem após a gravidez.

Ao nível das gengivas pode ocorrer o épulido, ou seja, um nódulo vermelho na gengiva que sangra com facilidade, mas que normalmente reverte no pós-parto. O crescimento das unhas pode acelerar-se, assim como ficarem mais finas e frágeis. A pele pode ficar mais oleosa, mais brilhante, ou mesmo dar-se o aparecimento de hirsutismo. O aumento da transpiração é

ainda outro fator que se encontra relacionado com o aumento de progesterona e que aumenta no pós-parto.

Ao nível do Sistema Circulatório, o retorno venoso pode encontrar-se dificultado, devido ao relaxamento dos músculos lisos pela ação da progesterona e ao aumento do útero gravídico. Este facto pode levar ao aparecimento de veias varicosas ou varizes, tanto nos membros inferiores, como na vulva e no ânus, que regridem total ou quase totalmente, imediatamente após o nascimento.

A retenção de líquido nos membros inferiores, mais especificamente ao nível da perna e pé, verifica-se na fase final da gravidez, designada de edema fisiológico, regredindo normalmente após o parto devido ao do aumento da diurese pós-parto.

Durante a gravidez, os músculos abdominais sofrem um estiramento progressivo, acabando por perder algum do seu tónus - esta constitui uma das principais alterações ao nível do Sistema Músculo-Esquelético. Desta forma, com o decorrer da gravidez, os músculos retos abdominais podem afastar-se, podendo mesmo chegar a uma protusão dos órgãos abdominais. No entanto, após o parto estes músculos vão readquirindo gradualmente o seu tónus, apesar de que a separação pode persistir – diástase dos retos abdominais. O centro de gravidade da mulher desloca-se para a frente e, para manter o equilíbrio, surge um aumento da curvatura dorsal e lombar de forma compensatória, podendo causar desconforto ou até dor.

Tal como foi mencionado existem outras alterações de ordem metabólica, nomeadamente do Sistema Endócrino, Nervoso e Digestivo, que apesar de não produzirem alterações corporais físicas visíveis, se traduzem em desconfortos significativos da gravidez e acabam por se repercutir nas primeiras. São exemplo disso, as náuseas, os vômitos, a pirose, a fadiga, o cansaço, o sono, a labilidade emocional, entre outras, fatores importantes que acabam por interferir com a parte física visível, podendo influenciar a imagem corporal da mulher, assim como a sua sexualidade.

Em relação ao período pós-parto, as modificações que ocorrem são várias, tanto de ordem corporal como hormonal, e acabam por se tornar transversais, não só no plano físico e afetando todos os órgãos e sistemas, mas também no plano psicológico, na forma como a mulher se vê a si mesma e se relaciona. Saber lidar com essas mudanças depende da subjetividade e percepção do próprio corpo e de si mesma.

Dada toda a complexidade deste período, pode-se conceituá-lo de formas distintas, dependendo da perspectiva com que se analisa. Fisiologicamente, o puerpério corresponde às 6-8 semanas após o parto, tempo em que os órgãos reprodutores retornam ao seu estado não gravídico. Pode ser dividido em três períodos: puerpério imediato, que se refere às primeiras 24h; puerpério precoce, que vai até ao final da primeira semana, e puerpério tardio, até as 6-8 semanas (Graça, L. M., 2010; Lowdermilk, 2006).

No entanto, Colman e Colman (1994) referem-se a este período como o “*quarto trimestre da gravidez*”, dadas as modificações físicas da mulher, que ainda são notórias num corpo que se procura reequilibrar, e as necessidades do filho, ainda tão dependente da mãe. Consideram que este pode ser o tempo necessário para que, tanto a família como o bebé, adquiram uma rotina e para que o corpo da mulher se encontre mais ou menos estabilizado.

As principais alterações físicas, após o parto, prendem-se com alterações dos níveis hormonais – Sistema Endócrino – com a diminuição do nível de estrogénios e progesterona, bem como com o aumento de prolactina, durante o período de amamentação. Este facto pode diminuir a lubrificação vaginal e, muitas vezes, a diminuição do desejo sexual (Figueiredo & Silva, 2005). Por outro lado, esta deficiência de estrogénios nas puérperas que amamentam intensifica-se e, ao ser esta hormona responsável pelo decréscimo da lubrificação, faz com que aumente a secura vaginal e haja desconforto nas relações sexuais – dispareunia - que só reverterá com o aparecimento da função ovárica e a menstruação.

A abordagem sobre as alterações físicas que ocorrem no período pós-parto são fundamentadas segundo os seguintes autores: Bia (2010); Burroughs (1995); Casimiro (2007); Figueiredo e Silva (2005); Graça, L. M., (2010); Lowdermilk (2006); Portelinha, (2003) e Sanchez e Siña (1999), apresentando concordância nas definições e caracterização que utilizam.

As alterações mais evidentes prendem-se com o Sistema Reprodutor, Mama e Estruturas Associadas, pois a mulher experiencia uma diminuição do tamanho do útero, hemorragia vaginal (lóquios), alteração do tónus muscular da vagina, aumento da mama pela produção de leite e, frequentemente, sequelas perinatais resultantes de lacerações ou de episiotomia, assim como possíveis complicações - mastite e endometrite puerperal.

Após o nascimento, o processo de retorno do útero ao estado não gravídico designa-se de involução uterina. Este processo é afetado pelo tipo de parto, pela paridade e pela

amamentação. Entre a 4ª e a 6ª semana após o parto, normalmente, o útero readquire o seu tamanho habitual. Esta involução deve-se, essencialmente, à contração das fibras musculares miométrais, sendo sentidas pela puérpera como dor. Estas contrações uterinas são mais intensas nos primeiros dias e durante as mamadas, devido à libertação de oxitocina, desencadeada pela estimulação da sucção do recém-nascido.

A perda sanguínea vaginal, denominada por lóquios, resulta da cicatrização do endométrio e dura, normalmente, 3 a 4 semanas. Os lóquios mudam de cor, de quantidade e de consistência, ao longo do tempo, apresentando inicialmente cor rosácea, depois cor acastanhada e finalmente cor amarelada.

A diminuição de estrogénios, após o parto, é ainda responsável pelas alterações a nível da vagina, que se apresenta edemaciada, com pouca espessura, pouco tónus e ausente da sua rugosidade característica. Normalmente, as pregas vaginais reaparecem 3 semanas após o parto. O epitélio vaginal torna-se frágil e atrófico, condição que reverte com a normalização dos níveis de estrogénios, 6 a 10 semanas nas puérperas que não amamentam.

Em relação ao pavimento pélvico e em situação de parto vaginal, mesmo com períneo intacto, podem resultar impactos pélvico-perineais. No momento do parto, os músculos localizados na região anal sofrem um alargamento, podendo distender-se mais de 9 cm em detrimento dos 4 a 5 cm normais. Esta distensão é acompanhada por um alongamento das fâscias elevadoras e construtoras. Também a tonicidade perineal se encontra alterada, devido a esta distensão demasiada e ao relaxamento das fibras musculares perineais.

Durante o parto eutócico podem surgir lacerações, que são classificadas de 1º a 4º grau, dependendo do nível de afetação das estruturas perineais – pele, músculo, esfíncter anal, mucosa retal, respetivamente. Também pode ser necessária a realização de uma episiotomia, com o objetivo de facilitar a expulsão do feto. Esta é semelhante a uma laceração de 2º grau e apresenta como vantagem ser programada a sua extensão, a profundidade e a direção. Estas situações requerem correção cirúrgica denominada por episiorrafia.

As lesões internas da vagina normalmente cicatrizam rapidamente, assim como as lacerações dos pequenos e grandes lábios devido à boa vascularização local. Quanto mais extenso for o traumatismo perineal, maior o desconforto e a dor, assim como o receio de retomar, posteriormente, a atividade sexual por dispareunia. Este desconforto pode perdurar para além

da cicatrização, podendo ocorrer ainda infecção, deiscência da sutura, cicatrização colóide e perda da elasticidade da pele no local da incisão. As hemorróides podem surgir ou serem agravadas durante o esforço do parto, podendo provocar desconforto, com risco de hemorragia ou de trombose. Normalmente, estas varizes anais diminuem em 6 semanas.

Os exercícios de *Kegel* são aconselhados para ajudar a fortalecer os músculos pélvicos e a cicatrização dos tecidos, uma vez que só ao fim de 6 meses os músculos recuperam o seu tônus. No caso de se ter dado uma rotura ou distensão dos tecidos de suporte do pavimento pélvico durante o parto, nem sempre há uma recuperação a 100% da tonicidade perineal. A alteração da tonicidade muscular do pavimento pélvico pode provocar uma perda de sensibilidade local e mesmo ser causa de vaginismo ou anorgasmia durante o coito.

As puérperas que amamentam, por volta do 4º/5º dia do puerpério, apresentam aumento da produção de leite – “descida do leite”. Neste momento, a mama pode ficar mais tensa, mais sensível e aumentar de temperatura. As glândulas e os ductos mamários, ao encherem-se de leite, podem levar a uma alteração da consistência do tecido mamário com alguns nódulos ou massas. Os mamilos ficam mais proeminentes e podem ocorrer gretas ou maceração, devido à técnica de amamentação incorreta. Podem ainda surgir algumas complicações, nomeadamente o ingurgitamento mamário e a mastite.

Para aquelas puérperas que amamentam, torna-se mais fácil o retorno ao seu peso corporal pré-gravídico, pois a progesterona e os estrogénios são responsáveis pela acumulação de gordura nos tecidos subcutâneos do abdómen, das coxas e do dorso, funcionando como um depósito de reserva de energia, tanto para a gravidez, como para a lactação. Deste modo, após o nascimento, os níveis de estrogénios e progesterona diminuem drasticamente com a expulsão da placenta; conseqüentemente, elevam-se os níveis de prolactina para a produção do leite e de oxitocina para a sua ejeção. O reflexo de sucção do RN é o ativador deste processo, que gera estímulos neuro-hormonais, desencadeando na hipófise materna a regulação e libertação destas duas hormonas a nível sanguíneo, funcionando por *feed-back*.

Tendo em conta estas modificações do período pós-parto é imprescindível compreender que estas alterações corporais não se encontram isoladas, mas confluem com um processo gestacional prévio, que também se constituiu como uma mudança a nível físico marcante. A nível psicológico, a gestação pode alterar o curso de vida da mulher, visto que jamais haverá

retorno ao estado psicológico pré-gravídico, segundo Bibring et al. (1961, citado por Figueiredo & Silva, 2005, p.5).

De uma forma geral, todas as alterações físicas que se relacionam com a gravidez e o com o período pós-parto poderão diminuir a autoestima da mulher e, assim, aumentar a probabilidade de surgirem estados de espírito depressivos (Ferreira & Pimentel, 2005), que deverão ser devidamente acompanhados para não culminarem em transtornos psicológicos e/ou psiquiátricos, como a depressão pós-parto.

Neste período transacional, a mulher, já por si, encontra-se vulnerável, pois 50 a 80% das mulheres apresentam o chamado *blus pós parto*, em que a labilidade emocional é a característica. Podem chorar sem razão aparente, manifestar tristeza, incluindo um estado depressivo (Lowdermilk, 2006). Esta complicação pode iniciar-se na primeira semana do puerpério, mas não costuma durar mais do que 10 dias (Ferreira & Pimentel, 2005).

No entanto, os meses que se seguem ao nascimento do bebê constituem um período de risco para a saúde mental da mulher, comprovado por diversos estudos que revelam que as mulheres têm uma taxa de recorrência a serviços de saúde mental muito maior no período pós-parto. Estes transtornos psiquiátricos devem-se, principalmente, a fatores bioquímicos, psicológicos, sociais e culturais (Canavarro, 2001).

4.3.1.2. Imagem corporal na gravidez e no período pós-parto

Definir imagem corporal num só conceito pode tornar-se uma tarefa complicada, na medida em que não existe um consenso científico. É um termo bastante usado nos campos da medicina, psicologia, psiquiatria e sociologia, para explicar aspetos da personalidade como a autoestima e o autoconceito. No entanto, há unanimidade ao pensar-se em imagem corporal como a percepção que cada um tem de si próprio, quando pensa no seu corpo e na sua aparência física.

A imagem corporal é influenciada pelos padrões estipulados pela sociedade e cultura. Na atualidade, tem merecido especial atenção e tem sido de interesse geral, pois cada vez mais as pessoas têm a sua identidade ligada a essa imagem. No entanto, muitas vezes, confundem-na com a própria identidade. Este aspeto encontra-se intimamente relacionado com a aparência

corporal, sendo um conceito bem distinto do da imagem corporal. O facto de ter uma boa aparência física não significa, de todo, ter uma imagem corporal positiva. A imagem corporal é, na verdade, um estado de espírito (Castilho, 2011).

No entanto, importa salientar que existe em todas as culturas uma imagem ideal do corpo, imagem que tem uma vertente social e uma vertente pessoal. Na nossa sociedade as atividades sociais, os meios de comunicação e os institutos de beleza transmitem a imagem perfeita e a aparência corporal é realmente preponderante, levando as pessoas a uma preocupação excessiva (Castilho, 2001; Santos, 2008).

Para que se possa compreender a aparência corporal, Giddens (1994, pp. 88-89) define-a como: “...” todas aquelas características da superfície do corpo, incluindo modos de vestir e adornos, visíveis para o indivíduo e outros agentes, que são normalmente usadas como pistas para interpretar ações.” Numa perspetiva cultural, Goffman (1993) rotula-a de “*fachada*”, defendendo-a como a forma do indivíduo funcionar regularmente, a fim de que observem o seu desempenho.

Deste modo, a pessoa que tem em conta a sua aparência corporal coloca-se numa posição para ser observada pelos outros, sendo os aspetos culturais influenciadores dessa postura. Este facto pode trazer consequências negativas ao nível da imagem corporal, visto que na nossa sociedade se aspira à perfeição, que se revela impossível de alcançar. Assim, a aparência corporal está intimamente relacionada com o *self* e com a própria autoidentidade, podendo confundir-se com a própria imagem corporal (Giddens, 1994; Santos, 2008).

No entanto, existem características físicas de maior satisfação ou insatisfação corporal. A satisfação corporal é um elemento estabilizador do autoconceito e da autoestima, na medida em que surge como uma dimensão avaliativa quando alguém confronta os desempenhos do seu corpo com as suas necessidades, desejos ou expectativas. Quando esta avaliação se torna negativa, emerge a insatisfação corporal, que normalmente está associada a alguma perturbação socio-afetiva como a ansiedade e que pode ser difícil de suportar (Ribeiro, 2003).

Desta forma, poderá avaliar-se o carácter subjetivo e construtivo da imagem corporal, pois esta dependerá de uma multiplicidade de fatores que influenciarão a pessoa a ver-se de uma forma ou outra. A imagem corporal, segundo Santos (2008, p. 20) é:

A ideia mental que uma pessoa tem do seu próprio corpo em qualquer momento e baseia-se nas percepções passadas, assim como nas atuais. Este quadro mental do corpo desenvolve-se com o tempo e deriva de sensações interiores, alterações da postura, contacto com os objetos e pessoas exteriores, experiências emocionais e fantasias.

A pessoa encontra-se em plena interação com o meio que está em constante mudança. Se o corpo atravessa essa modificação, a própria imagem corporal altera-se inevitavelmente e pode influenciar a identidade pessoal. Lima (2003) acrescenta que as transformações da imagem corporal originam sentimentos de satisfação ou insatisfação, fundamentais na formação da autoestima e autoconceito.

A gravidez e o período pós-parto constituem, por excelência, uma fase da vida da mulher em que a alteração da imagem corporal é marcante, sendo, por isso, definida por alguns teóricos como uma alteração da imagem materna. Este conceito baseia-se na forma como a nova mãe se sente em relação a si própria e ao seu corpo durante a gravidez e o período pós-parto e pode afetar o seu comportamento e a adaptação à maternidade (Lowdermilk, 2006).

Este processo de integração da nova imagem corporal de si própria nem sempre é fácil e a gravidez pode representar, para a mulher, deixar de ter controlo sobre o próprio corpo, segundo Tobin (1999, citado por Figueiredo & Silva, 2005, p.5). Esta irreversibilidade associada à maternidade pode provocar na mulher novos sentimentos, emoções, angústias, alegrias e medos. Em algumas situações limite, pode ser considerada mesmo como um problema, que se acaba por estender não apenas à mulher, mas ao casal em si, e levar a que algumas mulheres não tenham filhos por essa razão (Tigermann, 2003).

Figueiredo e Silva (2005) constataram, no seu estudo, que as alterações corporais da gravidez e do período pós-parto estão associadas à ideia de irreversibilidade relativa à imagem corporal anterior, o que pode levar à diminuição da autoestima, devido à percepção de menor atividade física e incapacidade de sedução.

O período pós-parto não apresenta exceção, dado que as percepções que as mulheres possuem sobre seus corpos estão ligadas à ideologia do corpo biológico. As mulheres sentem-se incomodadas e preocupadas com as mudanças físicas dos seus corpos, afetando a sua autoestima, autoimagem, sexualidade e relacionamento conjugal. Neste período, as mulheres

desejam melhorar a autoimagem, regressar ao seu peso corporal pré-gravídico e à aparência física anterior (Abuchaim & Silva, 2006; Araújo, Gualda & Salim, 2010).

As estrias gravídicas, o excesso de peso, o cloasma e as varizes apresentam maior impacto negativo na imagem corporal materna durante a gravidez e durante o período pós-parto. Além de continuarem perturbadas com o excesso de peso e com as estrias, a flacidez e a episiotomia são também motivo de preocupação (Ferreira & Pimentel, 2005).

Galvão et al., (2004) verificaram, no seu estudo, que a característica do corpo da grávida da qual ela mais gostou foi o aumento do volume dos seios (52%) e a que menos gostou em si foi o aparecimento de estrias no abdómen, coxas e mamas (42%).

De facto, parece ser o aumento do peso corporal uma das alterações que maior influência apresenta na imagem corporal. Os mesmos autores constataram, ainda, que as grávidas, na sua maioria (57,5%), apresentam uma imagem corporal negativa, devido principalmente ao aumento do peso corporal (Galvão et al., 2004).

No que se refere ao aumento ponderal ideal durante a gravidez, não é conhecido com precisão, mas sabe-se que apresenta uma relação importante no decurso e resultado da mesma. Segundo o *Institute of Medicine* (1992, citado por Lowdermilk, 2006, p. 309):

Para mulheres com apenas um feto e um Índice de Massa Corporal (IMC) normal¹, as recomendações habituais indicam um aumento de peso, durante a gravidez, de 11,5 a 16 kg, mulheres de baixo peso devem aumentar 12,5 e 18 kg e as obesas devem aumentar, pelo menos, 7 kg.

Este aspeto pode apresentar repercussões noutros âmbitos, sendo referido por Cárter et al. (2000, citado por Lowdermilk, 2006, p. 511) que: “As mulheres com excesso de peso podem apresentar sintomas de depressão e ansiedade até aos 14 meses após o parto.” Assim, a imagem corporal associa-se ao aumento de peso durante a gestação, apesar de constituir uma relação complexa (Metha et al., 2011). Por outro lado, o próprio companheiro pode influenciar esta imagem corporal, sendo que mais de metade das grávidas (52,5%) referiu que o companheiro apresentava manifestações tendentes à melhoria da sua imagem corporal, com considerável frequência (Galvão et al., 2004).

¹ De acordo a Direção Geral de Saúde (DGS), (2000), o IMC é classificado segundo os valores seguintes: <18,5 baixo peso; 18,5 a 24,9 variação normal; 25,0 a 29,9 pré-obesidade; 30,0 a 34,9 obesidade classe I; 35,0 a 39,9 obesidade classe II e igual ou maior de 40,0 obesidade classe III.

Algumas mulheres encaram este processo da alteração da imagem corporal como uma evolução esperada, lidando bem com essas mudanças. Outras entram em preocupação e *stress*. Sublinhe-se que a reação de cada mulher depende da forma como encara esta mudança, da sua cultura e da forma como se sente em relação a si própria e com os outros. Todavia, Lowdermilk (2006) salienta que mesmo as mulheres que estão contentes com a sua gravidez podem experimentar esporadicamente sentimentos de hostilidade relativamente à mesma. A possibilidade do companheiro reparar numa mulher não grávida, atraente e magra, pode provocar-lhe sentimentos de ambivalência.

De acordo com Sydow (1998, citado por Figueiredo & Silva, 2005, p. 259), “Cerca de um quarto a metade das gestantes sente-se menos atraente após a conceção, em comparação com apenas 12% da generalidade das mulheres.” No entanto, é de salientar que as mulheres que previamente à gravidez apresentavam uma satisfação positiva da sua imagem corporal tendem a apresentar uma reação mais positiva, face às alterações corporais da gravidez e do período pós-parto (Huang, Wang & Chen, 2004).

Apesar de todo este carácter subjetivo da imagem corporal, não é de menosprezar a sua faceta dinâmica. Quer isso dizer que na mesma mulher podem coexistir diferentes estados de perceção da sua imagem corporal, dependendo da evolução da gravidez e do período pós-parto. Neste sentido, parece importante fazer uma alusão a estas variações que, apesar de não serem lineares, se poderão agrupar por fases, nomeadamente ao nível dos respetivos trimestres da gravidez e do período pós-parto.

No 1º trimestre, as alterações físicas não são muito significativas, contudo a grávida pode sentir a sua imagem corporal distorcida e exagerada, podendo sentir-se gorda e feia ou estar orgulhosa das suas mamas aumentadas. Pode ainda recear que a confundam como gorda em vez de grávida, no período em que a gravidez ainda não é muito notória (Colman & Colman, 1994). As mulheres apresentam um importante declínio na satisfação da imagem corporal, desde o período pré-gravídico até à 14ª/19ª semana de gestação, segundo Godwin et al. (2000, citado por Bosgalia, Skouteris & Wertheim 2003, p.43).

Nesta fase, a grávida apresenta um marcado narcisismo, que evolui paralelamente à identificação do feto como parte integrante de si própria. Preocupa-se, sobretudo, com as transformações do seu corpo e equaciona as alterações que vai experimentar na sua aparência, capacidades funcionais, sensações e mobilidade. A grávida pensa no que lhe irá acontecer,

dado que o bebé ainda não exige muita atenção como um ser separado dela. Neste sentido, a atitude que melhor define este período é a ambivalência, caracterizada por sentimentos contraditórios: por um lado a mulher deseja estar grávida e sente-se bem, mas por outro questiona se de facto deseja esse estado (Colman & Colman, 1994; Portelinha, 2003).

No 2º trimestre, a gravidez começa a ser visível e daí que algumas mulheres aumentem muito de peso para se convencerem do seu estado gravídico. No entanto, outras esforçam-se no sentido contrário, tal como mencionam Colman e Colman (1994): uma mulher que aumenta pouco ou quase nenhum peso está a afirmar provavelmente a sua necessidade de manter um sentido estável da imagem do seu corpo.

Passados os sentimentos de ambivalência (aceitação/rejeição) em relação ao estado da gravidez, a gestante tende a incorporar o feto como parte integrante da sua própria imagem corporal, designada por fase de “*incorporação fetal*” ou “*amadurecimento*”. Posteriormente, outro momento importante é a capacidade de sentir os movimentos fetais, evoluindo para outra fase - “*diferenciação fetal*” ou “*personificação fetal*” - em que a mulher começa a perceber o feto como diferente e separado dela (Burroughs, 1995).

No 3º trimestre, a imagem corporal da mulher é quase descontínua com o seu estado físico pré-gravídico, o que lhe pode suscitar sentimentos de incredulidade. Concretamente nas primíparas, estas podem passar horas a olhar-se ao espelho, dadas as proporções máximas que o seu abdómen apresenta, o que pode enfatizar a ideia de irreversibilidade corporal. A satisfação corporal neste último trimestre é menor quando comparada com o período pós-parto (Bosgalia et al., 2003; Colman & Colman, 1994). Acrescente-se que os próprios companheiros podem reagir de distintas formas em relação aos novos corpos das mulheres – uns podem estar orgulhosos do seu corpo que prova a sua masculinidade e outros sentir repulsa pelo corpo grávido (Colman & Colman, 1994).

No período pós-parto há um aumento da satisfação corporal relativamente ao 3º trimestre, no entanto continua a ser negativa quando comparada com o período pré-gravídico. Deve-se ao facto de no pós-parto, ao invés do 3º trimestre, as mulheres encararem este período como a finalização da gravidez e aumentarem as suas expectativas, no que concerne à recuperação do peso pré-gravídico. Geralmente, as primíparas apresentam uma satisfação corporal mais negativa em comparação com as múltiparas. Estas, além de já terem vivenciado este processo

num momento anterior, apresentam outras preocupações como a falta de tempo e o cuidar de outra criança, pelo que acabam por não valorizar tanto a imagem corporal (Tigermann, 2003).

Neste sentido, a perda de peso no período pós-parto constitui-se como um fator importante com influência na satisfação corporal. Segundo um estudo realizado por Casimiro (2007), as puérperas que perderam entre 6 e 10 kg nas 6/7 semanas pós-parto apresentavam maior satisfação corporal, quando comparadas com as que perderam entre 0 a 5 kg. Estes dados podem ser corroborados pelo estudo realizado por Bagheri, Dorosty e Sadrzadeh-Yeganeh, (2013), evidenciando que, entre as mulheres com um aumento excessivo de peso durante a gravidez, 56,6% destas desejavam estar mais magras e 53,9% das mulheres que tiveram um aumento ponderal adequado na gravidez estavam satisfeitas com o seu peso corporal.

Para a mulher, a adaptação ao nível das transformações que ocorrem no seu corpo, após o parto, torna-se difícil, dado que coexiste um período de tempo muito curto. A mulher confronta-se com um corpo flácido e vazio, que não reconhece como seu, sendo a sua principal preocupação a regressão do corpo ao estado pré-gravídico (Kitzinger, 1996).

Durante a gravidez as alterações corporais tinham um sentido, existindo uma fusão entre a mãe e o feto e este era integrante da sua própria imagem corporal. Contudo, no período pós-parto a realidade parecer ser distinta. Após o nascimento, inicia-se a separação física entre a mãe e filho e daí que a mulher possa sentir que o seu corpo ficou “vazio”. Por outro lado, as atenções passam a centrar-se no bebé, que até então era parte do seu próprio corpo e lhe pertencia. Deste modo, as alterações corporais no período pós-parto podem levar a que a mulher não encontre sentido para o seu corpo flácido (Colman & Colman, 1994).

Por outro lado, segundo um estudo realizado por Carinhanha, Penna & Rodrigues (2007) sobre a vivência da mulher no pós-parto domiciliário, o aspeto mais relevante foi a desvalorização do ser mulher em função da prioridade do cuidado ao RN. Considera-se necessário atenuar a responsabilidade associada de algumas mulheres sobre a resignação pelo seu corpo e pela sua identidade como mulher, em prol do cuidado do filho, e desconstruir o “*mito da mãe perfeita*” na função maternal, eliminando a culpa e o receio (Portelinha, 2003).

De uma forma geral, os vários estudos convergem numa diminuição da satisfação corporal durante a gravidez e o período pós-parto. Até ao momento do parto, a satisfação corporal evolui negativamente e aumenta ligeiramente no período pós-parto. No entanto, quando

comparada com a satisfação corporal pré-gravídica, constitui-se, de igual modo, negativa (Jordan, Capdevila & Johnson, 2005; Walker, 1998).

Tendo em conta toda esta problemática, são várias as consequências que podem advir da insatisfação de muitas mulheres com o seu peso e forma corporal e podem levar a uma imagem corporal mais negativa de si – tanto na gravidez, como no pós-parto (Cohen et al., 1999).

Das várias consequências, pode-se salientar, na gravidez, a prática de dietas excessivas que, numa situação limite, pode levar a casos de anorexia e bulimia. Tal défice alimentar pode originar um inadequado aumento ponderal, podendo levar a complicações materno-fetais, como um parto pré-termo, a restrição do crescimento intrauterino e, em alguns casos, a morte materno-fetal (Bosgalia et al., 2003; Lowdermilk, 2006).

No período pós-parto, as consequências de uma imagem corporal negativa podem ir do desapontamento a sentimentos de baixa autoestima e autoconceito, podendo ainda predispor a patologias de ordem mental, como a depressão pós-parto, ou aumentar o risco de patologias alimentares (Bosgalia et al., 2003).

Ao nível dos comportamentos de intimidade do casal – tanto na gravidez, como no período pós-parto - uma imagem corporal negativa pode refletir-se numa diminuição da atividade sexual do casal (Boscalgia et al., 2003; Galvão et al., 2004). Deste modo, atente-se na importância que o relacionamento conjugal apresenta na imagem corporal e sexualidade da mulher.

A transição da conjugalidade para a parentalidade, ao ser um período do ciclo vital familiar em que o investimento marido-mulher é transferido para a relação pais-filhos, leva a que, numa primeira gravidez, os cônjuges necessitem de desenvolver mecanismos para lidar com os seus conflitos. Quando este processo é organizado, produz um ajustamento dos comportamentos e conseqüente satisfação (Cafruni, 2003). No entanto, e segundo Figueiredo, (2004) aquilo que muitas vezes se inicia como um sintoma físico/ginecológico pode transformar-se em sintomatologia psicológica, pelo que, se o casal não é capaz de se adaptar às novas mudanças no seu relacionamento sexual, um ciclo vicioso de dificuldades relacionais poderá surgir.

4.3.1.3. Sexualidade na gravidez e no período pós-parto

Atualmente, na sociedade ocidental, pode-se assistir a uma libertação do corpo feminino, associada a um movimento revolucionário do sexo. O prazer corporal deixou de estar associado ao pecado e ao mal, passando a ser encarado como uma atividade normal, e as experiências de plenitude sensual, um privilégio desejável.

Assiste-se a uma evolução do poder disciplinar dos “*corpos dóceis*”, uma forma de controlar e regulamentar o corpo dos seus desejos que se encontram presos no interior, de poderes e manipulado por imposições, limitações, proibições e obrigações (Foucault, 2002).

Nos dias de hoje, o corpo feminino torna-se bastante valorizado, atribuindo-se uma conotação sensual e sexual. A mulher que era escravizada pelo sexo encontra-se na sociedade democrática moderna libertada perante o mesmo, ornamentando-se para iludir o erotismo que, por natureza, rescende do seu próprio corpo (Lima, 2003; Ribeiro, 2003).

Apesar disso, quando se trata da sexualidade, numa etapa da vida da mulher tão particular - como é gravidez e o período pós-parto - constata-se que existem ainda muitos mitos e tabus vigentes, que acabam por influenciar a sua vivência natural.

Importa, antes de mais, compreender a dimensão que engloba este conceito tão abrangente que é a sexualidade, sendo definida pela OMS (2001, p. 8) como:

A sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.

Deste modo, a sexualidade encontra-se integrada em todo este processo que a mulher vivencia, seja na relação consigo mesma, com o seu corpo e feminilidade, ou no contato com o seu companheiro. Não é estática e não está limitada apenas à relação sexual ou reprodução, mas integra a vida do indivíduo em todos os âmbitos (Araújo, 2010).

O comportamento sexual corresponde à exteriorização observável da sexualidade, correspondendo ao desejo sexual, à frequência das relações sexuais, à posição adotada nas relações sexuais, à iniciativa sexual e, ainda, à satisfação sexual (Galvão et al., 2004).

Contudo, não são apenas as crenças que exercem impacto na vivência da sexualidade da mulher nesta fase. Existem vários fatores que podem originar uma resposta psicológica positiva ou negativa. As alterações do corpo, a segurança emocional, as expectativas de apoio e a gravidez ser desejada são, segundo Burroughs (1995), fatores de relevância. É na gravidez que a mulher vivencia uma das maiores alterações corporais da sua vida, podendo afetar a satisfação com a sua autoimagem, o relacionamento com o companheiro e, até, o processo de vinculação com o filho (Patel et al., 2005).

Percebe-se que a sexualidade na gravidez e no período pós-parto não interfere apenas com a mulher, mas acaba por se estender no seio da relação conjugal. Relvas (1996) define a conjugalidade como consequência da formação do casal, assumida através do casamento ou união.

A consciencialização da vinda de uma criança e do assumir de novas funções implica a sua integração num todo preexistente, com a consequente reestruturação dos papéis, principalmente, quando se trata do primeiro filho. O casal passa a integrar o novo elemento na sua relação. O companheiro que habitualmente era o “*parceiro romântico*” passa a apresentar a identidade de “*pai do meu filho*”, aquele com quem a mulher vai partilhar grandes responsabilidades – cuidar e educar uma criança. Surge, assim, um novo subsistema - o *parental* – mas também novas funções e um conjunto de reorganizações familiares e inter-sistémicas. Neste sentido, o relacionamento conjugal pode ver-se desafiado pela passagem de *diade a tríade*. Alguns estudos confirmam este aspeto, evidenciando-se uma diminuição da satisfação conjugal durante a gravidez e o período pós-parto (Alarcão, 2002; Canavarro, 2001; Figueiredo & Silva, 2005; Casimiro, 2007).

Quando se trata, em particular, da primeira gravidez, há todo um envolvimento emocional específico, pois o investimento *de um para outro* passa a ser direcionado dos *dois para o filho*. Portanto, a configuração do relacionamento conjugal assume um novo enfoque e daí que os pais se direcionem para receber o primeiro filho e para adaptar este novo membro da família ao seu núcleo familiar. Desta situação, podem decorrer conflitos nas relações conjugais, principalmente ao nível da sexualidade (Brazelton & Cramer, 1992).

Como a conjugalidade e a parentalidade têm o seu ciclo de vida e se desenvolvem num espaço e tempo próprios, mas permanentemente inter-atuantes, podem surgir desajustes e conflitos nos casais, motivadores de um crescente número de separações que ocorrem logo após o

nascimento do primeiro filho (Carter & McGoldrick, 1995). Assim, a ideia veiculada ao senso comum do filho como salvador do casamento contrapõe-se com a investigação, por ser uma prova de resistência ao casal (Canavarro, 2001).

No entanto, a transição para a parentalidade implica consideráveis mudanças no relacionamento conjugal, mesmo que realizada de uma forma saudável. Os níveis de *stress* variam em cada casal e dependem da sua organização prévia (Figueiredo & Silva, 2005). Na tarefa quatro, das seis tarefas psicológicas de Colman e Colman (1994), estes referem o reavaliar do relacionamento entre companheiros, no sentido de reajustar a relação no plano afetivo, da rotina diária e do relacionamento sexual. Enfatizam a importância de flexibilização da aliança conjugal para a formação da aliança parental, sendo relevante o suporte emocional.

O apoio emocional baseia-se no sentir-se amado, cuidado, confiado e compreendido, sendo o companheiro íntimo essencial na consecução deste papel, que não pode ser duplicado por outra pessoa. Alguns dos fatores que contribuem para uma resposta psicológica da mulher em relação à gestação são as alterações do corpo e a segurança emocional. Daí que a falta de apoio por parte do companheiro possa levar à perda de autoconfiança e autoestima, repercutindo-se numa diminuição do autoconceito da mulher, enquanto pessoa relacionada com o seu próprio *self*. Estes aspetos podem constituir-se fatores de tensão no processo de transição para a parentalidade e, conseqüentemente, no processo de consecução do papel maternal, que implica ver-se a si própria no papel e sentir-se confortável com isso (Burroughs, 1995; Graça, L. C., 2010; Mercer, 2004).

Um dos aspetos relevantes da conjugalidade é a intimidade sexual, essencial ao longo de toda a vida do casal, e não deve nunca ser descurado nesta fase em particular. Muitas vezes, o facto de a mulher se sentir menos atraente e o centrar de toda a sua atenção no filho podem levá-la a colocar a relação com o companheiro em segundo plano. A vida sexual é inevitavelmente influenciada, dado que os novos pais deixam de centrar a sua atenção em cada um deles. Ao direcioná-la para o filho, podem provocar sentimentos de desvalorização ou de rejeição pelo parceiro (Canavarro, 2010; Ferreira & Pimentel, 2005).

Esta situação pode provocar no homem sentimentos de ciúme e inveja, dependendo, em grande parte, da forma como a mulher o envolve no novo ciclo familiar ou se apresenta uma atitude narcisística em relação ao filho. Este passa a exigir, e consegue sempre, a atenção da sua companheira e do corpo dela. Este ciúme pode levar a que o homem abdique do desejo

sexual, evitando a aproximação ou qualquer forma de carinho. Pode expressar-se através de atitudes de ressentimento, de comportamentos agressivos verbais ou mesmo físicos e/ou do afastamento. O sentimento de abandono e de exclusão do triângulo em que a família se tornou pode gerar no companheiro sentimento de insatisfação, promovendo o aumento dos conflitos no relacionamento conjugal. Este aspeto pode estar, ainda, relacionado com sentimentos infantis de rejeição que o homem possa ter vivido em algum momento da sua infância e que acabam por ressaltar (Cafruni et al., 2003; Colman & Colman, 1994; Kitzinger, 1984).

Neste sentido, constata-se que a satisfação conjugal se encontra intimamente relacionada com a sexualidade, pelo que a qualidade da vida marital, tanto na gravidez como no período pós-parto, está associada à satisfação sexual. As alterações nas atitudes sexuais e labilidade emocional, características desta fase, podem causar perturbações mesmo nos relacionamentos mais estáveis. Por outro lado, tal como se referiu, a diminuição de suporte emocional disponibilizada pelo cônjuge e as alterações corporais da mulher na gravidez podem ser fatores relevantes de influência negativa no relacionamento sexual e na satisfação conjugal (Colman & Colman, 1994; Ferreira & Pimentel, 2005; Figueiredo & Silva, 2005).

Perante estes fatos, é importante refletir sobre todo este conjunto de alterações corporais na gravidez e período pós-parto e no impacto que podem exercer ao nível da vivência da sexualidade do casal. As alterações do corpo, a cognição e consciência do mesmo, por parte da mulher nesta fase, parecem ser fatores chave para a compreensão das relações complexas entre a imagem corporal e a sexualidade. Verificou-se uma correlação positiva para a auto imagem, pelo que, quanto melhor é a imagem corporal da mulher, melhor é a qualidade da vivência da sua sexualidade (Borges et al., 2005; Nakić et al., 2013; Woertman & Van, 2012).

As duas estruturas corporais que durante a gravidez sofrem mais alterações e têm maior impacto ao nível das respostas sexuais são a mama e os órgãos genitais. Também o contorno corporal da grávida pode ser importante e apresentar um efeito positivo ou negativo no relacionamento íntimo do casal (Galvão et al., 2004).

Segundo a revisão da literatura, existe um declínio do desejo sexual e da atividade sexual durante a gravidez (1º e 3º trimestres acentuada, sendo variável no 2º), sendo mais saliente no período pós-parto e podendo ter repercussões durante anos. Uma das razões evidenciadas é o sentimento de insatisfação por parte da mulher com a sua imagem física, à medida que a gravidez progride, conduzindo a uma atitude de maior inibição perante o relacionamento

sexual com o companheiro. No entanto, depende da variabilidade individual, do assumir dos novos papéis, da fadiga, do nascimento do filho, dos mitos e da amamentação (Apolinário et al., 2008; Figueiredo & Silva, 2005; Galvão et al., 2004; Portelinha, 2003).

Constata-se que o homem exerce um papel de extrema importância na satisfação corporal da mulher, pelo que esta faz um esforço suplementar para aproximar o seu corpo da idealização que o companheiro manifesta. No entanto, por vezes, existe uma discrepância entre o que o homem idealiza e o que a mulher pensa que ele idealiza (Markey et al., 2004).

No 1º trimestre, os sentimentos de ambivalência característicos deste período, assim como a presença de náuseas, vômitos ou fadiga podem provocar afastamento no casal, o que justifica uma diminuição do desejo e resposta sexual. Algumas mulheres com náuseas são sensíveis aos odores, podendo o cheiro do homem provocar repulsa. Pode surgir, ainda, desconforto por irritação da vagina no momento do coito (Apolinário et al., 2008; Colman & Colman, 1994; Galvão et al., 2004; Lowdermilk, 2006; Magalhães, Oliveira, Ribeiro & Soares, 2007; Portelinha, 2003).

No 2º trimestre as mudanças físicas são mais visíveis e a gestante tende a incorporar o feto como parte de si e da sua imagem, sendo um período de amadurecimento e reorganização emocional. A mulher pode admirar o seu corpo, que se tornou fonte de prazer para ambos os parceiros, e maravilhar-se com as sensações que advêm do crescimento do seu útero, da presença do feto dentro dele e, ainda, dos movimentos fetais. Assim, passadas as inseguranças e desconfortos iniciais, alguns autores salientam como característico um estado de labilidade emocional e o companheiro pode apresentar dificuldade em saber lidar com estas mudanças de humor, com a forma como ela reage às suas alterações físicas e com a sua maior dependência, podendo reagir com preocupação e confusão. As grávidas reconhecem este aspeto com influência negativa no seu relacionamento, podendo levar a distanciamento físico e afetivo temporário (Colman & Colman, 1994; Galvão et al., 2004, Portelinha, 2003).

Neste trimestre, o interesse sexual pode ser variável. Se para algumas mulheres se mantém em declínio durante toda a gravidez, para outras este trimestre, em específico, representa um aumento do seu desejo e prazer sexual (Figueiredo & Silva, 2005). Este facto pode ser explicado pelas alterações anátomo-fisiológicas, características deste trimestre. O aumento da congestão pélvica, o aumento da vascularização e o ingurgitamento das mamas, lábios e vagina, tal como da produção de lubrificante, podem levar ao aumento do desejo sexual,

proporcionando, assim, orgasmos mais intensos. Como o desejo e a capacidade de atingir orgasmos para algumas mulheres é muito superior, estas sentem-se eróticas e também livres das preocupações anti contraceptivas (Magalhães et al., 2007; Portelinha, 2003).

Por outro lado, a atividade orgástica pode representar uma redução da atividade fetal, nomeadamente ao nível da alteração da sua frequência cardíaca, devido às contrações uterinas que se registam. Apesar de ainda não existirem estudos conclusivos sobre o sofrimento fetal associado ao orgasmo, para algumas mulheres pode condicionar-lhes a sensação de relaxamento sexual, baseado na necessidade inconsciente de proteção do feto. Este medo relacionado com crença de que a atividade sexual possa prejudicar o feto ou a mãe, afeta seriamente a satisfação conjugal ao nível da sexualidade e intimidade do casal (Colman & Colman, 1994; Magalhães et al., 2007; Lowdermilk, 2006; Portelinha, 2003).

No 3º trimestre, os fatores que maior impacto exercem no desejo sexual são a imagem corporal da mulher e o medo de prejudicar o feto. A mulher pode sentir uma perceção subjetiva de escassa atratividade física e falta de satisfação por parte do companheiro, devido às suas alterações corporais (Figueiredo & Silva, 2005; Gomes, Martins & Rebel, 2004; Lowdermilk, 1996; Magalhães et al., 2007).

O abdómen da mulher pode apresentar-se como um obstáculo intransponível para o casal cujas práticas sexuais sempre foram conservadoras, nomeadamente quando o papel masculino é o dominante. Daí decorre a necessidade de mudar essas práticas. A alteração de posições para o coito pode tornar-se num problema e constituir mesmo fator de frustração e inibição, podendo agravar a ansiedade, característica do final da gravidez. No entanto, segundo a literatura, existe uma tendência para o abandono da posição tradicional em prol de posições laterais ou superiores da mulher. Desse modo, a pressão sobre o útero é diminuída e permite à mulher um maior controlo do ângulo e profundidade de penetração do pénis, proteção das mamas e um maior conforto físico (Apolinário et al., 2008; Colman & Colman, 1994; Galvão et al., 2004; Gomes et al., 2004; Portelinha, 2003).

Muitas vezes, existem mudanças nos comportamentos sexuais, sendo o coito substituído pela masturbação e introdução de práticas sexuais gratificantes para ambos os cônjuges. A estimulação vaginal torna-se menos importante no 2º e 3º trimestres, sendo atribuído pelas mulheres a seguinte ordem de importância: carícias não genitais, estimulação clitoriana e da mama, estimulação vaginal, sexo oral e finalmente sexo anal (Figueiredo & Silva, 2005).

Destaque-se que, em muitos o que as mulheres mais valorizam nesta fase é o afeto. Vivem a sua sexualidade como uma necessidade acrescida de ternura e sensualidade, procurando principalmente o abraço e as carícias do companheiro. Nesta fase, a mulher pode sentir-se influenciada pela atitude do companheiro face à sua imagem corporal. Pode sentir-se desajeitada, obesa, menos atraente e com uma imagem negativa de si, o que leva à redução do desejo sexual. Quando tem imagem positiva, pode sentir-se mais atraente e mais mulher, aumentando o desejo sexual (Apolinário et al., 2008; Colman & Colman, 1994; Figueiredo & Silva, 2005; Portelinha, 2003).

Efetivamente, também o homem pode ver-se afetado no seu desejo sexual, pelas alterações corporais da mulher nesta fase, sobretudo, pelo aumento do volume do seu corpo. Há homens que referem repulsa do corpo grávido, pelo elevado aumento do útero/abdómen e aumento da mama, não sendo sexualmente atraídos por uma mulher cujo corpo está tão diferente da mulher que conheceram. No entanto, existem homens que gostam de ver as esposas grávidas como prova da sua masculinidade. A variação dependerá da individualidade do próprio companheiro, do seu relacionamento conjugal com a mulher e da forma como se adapta e reajusta ao processo de transição para a parentalidade (Colman & Colman, 1994).

Desta forma, um estudo de Galvão et al., (2004) indica que, na opinião das grávidas, o aspeto corporal não influenciou o relacionamento sexual do casal (57,5%) porque o respetivo companheiro manteve a qualidade da imagem corporal que apresentava dela. Todavia, registou-se uma diminuição da iniciativa sexual da mulher (52,5%), motivada por uma perceção negativa do seu corpo.

Além da repulsa pelo corpo grávido, existem ainda outros motivos por parte do companheiro que podem diminuir o desejo sexual, como os seguintes mitos e crenças: a imoralidade de ter sexo com uma gestante; o medo de prejudicar o feto ou a mãe; temor que o feto possa observar a atividade sexual ou ferir o seu pénis; necessidade de se afastar, para poder assimilar a vivência do processo de “*tornar-se pai*” (Portelinha, 2003).

No período pós-parto, a insatisfação corporal tende a crescer significativamente. Algumas mulheres referem declínio da sua vida sexual, devido ao facto de se sentirem menos atraentes, podendo prolongar-se este sentimento até um ano após o nascimento do filho. (Jordan et al., 2005). Esta é considerada por muitos autores como a fase mais sensível em relação às experiências sexuais (Figueiredo & Silva, 2005).

Durante o primeiro ano coexiste a tensão e os conflitos conjugais, sendo que o cansaço interfere na relação conjugal. As habituais estratégias de coping por parte do casal parecem, neste processo de transição, frequentemente ineficazes e daí que alguns casais podem estar tão exaustos e serem incapazes de se apoiarem mutuamente. De referir ainda que as frequentes dificuldades conjugais podem ter um impacto negativo a médio e a longo prazo, quer ao nível da saúde física, quer ao nível do bem-estar psicológico da mulher e do homem (Figueiredo & Silva, 2005; Lowdermilk, 2006; Nystrom & Ohrling, 2004).

Segundo um estudo realizado por Sydow (1998, citado por Figueiredo & Silva, 2005, p.261) em relação ao nível de saúde mental, constatou que: “...” mulheres deprimidas e emocionalmente lábeis durante a gravidez e pós-parto relatam menos interesse, menos atividade e satisfação sexual, bem como menos apoio por parte dos companheiros”. No mesmo estudo verificou, ainda, que aquelas mulheres que se encontram mais satisfeitas com a qualidade do seu relacionamento conjugal são também as que experienciam maior satisfação sexual. Assim, estes aspetos podem considerar-se relevantes, dadas as suas repercussões.

No entanto, verifica-se que esta satisfação/relacionamento sexual é entendida de diferentes formas, dependendo de cada mulher ou homem. Assim, Cowan e Cowen (2000) num dos seus estudos constataram perceções distintas a este nível, verificadas seis meses após o nascimento do filho. Assim, as mulheres referiam comportamentos idênticos ao estado pré-gravídico, mas os homens referiam-se significativamente menos. Constataram, ainda, que a frequência da relação sexual nos primeiros meses após o parto diminuiu, tendo ocorrido previamente no 3º trimestre também uma diminuição em cerca de 50% dos casais.

Os homens apresentam um declínio de interesse sexual no período pós-parto, mais do que em qualquer momento da gravidez. No entanto, é o homem que na grande maioria das vezes toma a iniciativa para reiniciar a atividade sexual. Este reinício das relações sexuais, após o parto, requer um período prévio de recuperação do corpo da mulher ao estado pré-gravídico. A sua duração é discutível, podendo durar uma média de entre 3-6 semanas. Depende da intensidade do desconforto sentido pela mulher face ao trauma vaginal, incluindo a episiotomia, a cessação dos lóquios e o reajuste emocional do casal. As múltiparas referem reinícios mais precoces (Araújo et al., 2010; Figueiredo & Silva, 2005; Maciel et al., 1995).

As mulheres referem o medo da dispareunia como principal fator que prolonga o retorno da sua atividade sexual. O respeito com o tempo próprio do corpo torna-se essencial para que as

mulheres consigam um bem-estar físico e emocional, dependendo da subjetividade de cada uma e do autoconhecimento do seu próprio corpo (Araújo et al.,2010). Contudo, outras mulheres retomam a atividade sexual pelas necessidades do companheiro, como um sentido de obrigação marital, e, em alguns casos, para evitar infidelidade conjugal (Figueiredo & Silva, 2005; Portelinha 2003). No entanto, a frequência coital antes das 6-8 semanas pós-parto é bastante reduzida, crescendo gradualmente durante o 1º ano, apesar de continuar a ser menor quando comparada com o período pré-gravídico. Apenas 20% das mulheres atingem o orgasmo na sua primeira relação coital pós-parto, aumentando esse valor gradualmente para 75%, entre o terceiro e o sexto mês após o nascimento (Figueiredo & Silva, 2005).

A dispareunia é a queixa mais comum ao nível das dificuldades sexuais para este período (40% das mulheres), sendo mais frequente nas primíparas e nas que se encontram em período de amamentação, o que diminui a motivação e a frequência da mulher para a atividade sexual coital. As mulheres referem que o medo, a preocupação, a dor e os incómodos que sentem no período pós-parto, nomeadamente ao nível da região perineal provocada pela episiotomia ou sutura, constituem-se como principais fatores que afetam o retomar da atividade sexual. Saliente-se ainda, que dentro das possíveis complicações pós-parto, a mastite e os quadros de dor pélvica, concretamente, podem também constituir fatores de influência ao nível da vivência da sexualidade (Araújo et al.,2004; Figueiredo & Silva).

Segundo um estudo realizado por Araújo, Mouta e Progianti (2008), acerca das repercussões da episiotomia na sexualidade, algumas mulheres referiram que o períneo não retornou ao seu estado pré-gravídico, nem mesmo após um ano do parto. O facto de as mulheres criarem expectativas negativas para as práticas sexuais faz com que a dispareunia se possa desencadear não só como fator físico, mas estender-se a patologia psicológica. A longo prazo, o relacionamento sexual de 1/3 dos casais piora (Figueiredo & Silva, 2005).

Desta forma, percebe-se a estreita relação existente entre a transição para a parentalidade e a satisfação a nível conjugal, existindo afetação no relacionamento íntimo e/ou sexual dos parceiros. A passagem de díade a tríade apresenta um declínio na qualidade da relação marital, principalmente se o período de “enamoramto” se revestir de uma relação rígida e *super* protetora por parte da mãe com o bebé. O homem pode sentir menos atenção disponibilizada, suscitando-lhe sentimentos negativos como o ciúme, solidão, ambivalência e

culpa, o que pode resultar em atitudes de ressentimento, de comportamentos agressivos e ainda de afastamento (Figueiredo & Silva, 2005; Portelinha, 2003).

Por outro lado, a amamentação surge também como um fator que pode diminuir o desejo sexual, seja por motivos biológicos ou de ordem psicológica. As mulheres que amamentam podem sentir as suas necessidades eróticas satisfeitas, não estando tão disponíveis para a intimidade com o companheiro. O homem ao ver a mulher a ser estimulada sexualmente pela amamentação pode sentir-se excluído, apresentar ciúme e demonstrar um comportamento inadequado, especialmente quando a mulher não se quer envolver em atividades sexuais. Acresce ainda que, algumas mulheres referem incómodo e desconforto com a presença de leite materno durante as relações sexuais (Araújo et al., 2010; Figueiredo & Silva, 2005; Maciel et al., 1995).

Neste sentido, o homem assume um papel preponderante na vivência da sexualidade da mulher na gravidez e no período pós-parto. Este papel passa pelo apoio e suporte emocional. O diálogo e a compreensão com o companheiro parecem ser estratégias utilizadas para colmatar estas dificuldades e bastante valorizadas pelas mulheres. A comunicação é fundamental para o bem-estar da mulher e do casal, já que o apoio, o carinho e a ternura ajudam a superar os momentos de insegurança e vulnerabilidade. Paralelamente, o planeamento da gravidez e o desejo de engravidar, assim como a abordagem da sexualidade nos cursos de preparação para o parto e parentalidade, parecem ser fatores relevantes (Apolinário et al., 2008; Coimbra, Ruivo & Silva et al., 2005).

Sabe-se que a abordagem da sexualidade por parte dos profissionais de saúde ainda é escassa, pelo que existe uma necessidade de intervenção, concretamente dos EEESMO, dada “A falta de conhecimento sobre a própria sexualidade, a desinformação sobre a fisiologia da resposta sexual, os problemas de ordem pessoal e, sobretudo, os conflitos conjugais que são capazes de desencadear sérios problemas emocionais nas mulheres, e conseqüentemente, alterar a sua resposta sexual.” (Bia, 2010:14)

Tendo em conta todo este complexo processo e todas as variáveis que o influenciam, pode destacar-se a influência mútua da relação conjugal na sexualidade e na imagem corporal da mulher, tanto na gravidez como no período pós-parto – aspetos que devem ser valorizados no processo de transição para a parentalidade, dadas as repercussões que deles poderão advir.

4.3.2. Metodologia

A pertinência por eleger e aprofundar a problemática em estudo prendeu-se, essencialmente, com inquietações sentidas em contexto hospitalar, aquando da prestação de cuidados à mulher em trabalho de parto e parto - contexto predominante da prática neste ENP. Estas inquietudes traduziram-se em necessidades reais, motivações pessoais e conseqüente interesse em aprofundar esta área. Assim, surgiu a questão de partida, impulsionadora deste estudo: Como vivencia a mulher a sua imagem corporal e a sexualidade face às alterações corporais da gravidez?

Perante esta questão, e tendo por base a literatura consultada traçou-se como objetivo geral: Compreender as vivências da mulher relativamente à imagem corporal e sexualidade face às alterações corporais da gravidez. Foram ainda delineados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as alterações corporais que a mulher experimentou durante a gravidez;
- Identificar as alterações corporais da gravidez que interferiram na imagem corporal da e na sexualidade da mulher;
- Conhecer as estratégias utilizadas face às alterações corporais da gravidez;
- Conhecer as expectativas da mulher face às alterações corporais da gravidez na sua imagem corporal e na sexualidade, para o período pós-parto.

Para a seleção da amostra foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: parturientes com gestação de termo, primíparas com parto eutócico, numa relação conjugal (sendo o companheiro o progenitor), alfabetizadas, naturais e residentes da ilha de Gran Canaria.

Ter circunscrito este estudo às parturientes assentou no facto do investigador se encontrar a realizar o ENP em contexto de sala de partos, onde o principal alvo de atenção dos cuidados era a mulher em trabalho de parto. Além disso, pareceu ser importante que o facto de ser o investigador a realizar o parto, concedia maior acessibilidade e maior tranquilidade em termos de duração para se poder explicar a razão do estudo.

Por outro lado, as parturientes terem o seu parto no CHUIMI constituiu-se como outro critério importante, por ser o único hospital público da ilha com atendimento ao nível da especialidade de obstetrícia, integrado no SNS Espanhol.

A opção por gestação de termo esteve relacionada com o facto de não entrarem outras variáveis que pudessem influenciar o estudo, decorrendo assim, de acordo com os critérios próximos da normalidade. No CHUIMI, a percentagem de parturientes com uma idade gestacional entre as 37 semanas e as 41 semanas + 6 dias foi de 86,4%, o que mostra a sua alta taxa de representatividade (Gutiérrez, 2013).

O critério por mulheres de parto eutócico foi tido em consideração, visto serem estas mulheres “*os sujeitos de cuidados*” do investigador, o que permitiu maior acessibilidade. Acresce que a escolha deste tipo de parto foi também representativa, tendo em conta que no CHUIMI, em 2013, constituíram uma percentagem de 74,8% (Gutiérrez, 2013).

O facto de serem primíparas, também foi intencional, visto que se trata da sua primeira experiência e as alterações corporais podem ser vividas pela primeira vez. Por outro lado, a percentagem de primíparas nesse ano, de acordo com os dados do CHUIMI foi também representativa, rondando os 61,1% (Gutiérrez, 2013).

Outro critério de inclusão da amostra era a parturiente se encontrar numa relação conjugal, quer isso significasse estar casada ou união de facto, sendo o companheiro o progenitor. Este aspeto foi tido em consideração visto que a sexualidade da mulher envolve em grande parte um relacionamento íntimo, e ainda, pela importância do companheiro na construção da imagem corporal feminina.

A opção por mulheres alfabetizadas foi um requisito imprescindível, na medida em que a aplicação do instrumento de recolha de dados implicava, obrigatoriamente, a leitura e a escrita realizada pela pessoa.

Para dar resposta aos objetivos, optou-se pela narrativa como instrumento de recolha de dados, elaborando-se o guião (Apêndice A). Posteriormente, para a validação do instrumento de recolha de dados procedeu-se à aplicação de dois pré-testes, apresentando resultados favoráveis.

A narrativa é um termo usado para descrever a forma que o Homem tem de “*contar acontecimentos*”. Os métodos narrativos constituem um modo de contar e descrever esses acontecimentos e a enfermagem torna-se um fórum para esses dados (Latimer, 2005; Overcah, 2005).

A narrativa é considerada como um tipo de documento pessoal realizado na primeira pessoa e que descreve ações, experiências e crenças do indivíduo. O principal objetivo da narrativa é obter informação detalhada de como as situações são vistas pelos próprios autores e quais os significados que lhes atribuem. Revela a visão que a pessoa tem da sua experiência (Bogdan & Sari, 1994).

A definição de narrativa é ampla devido à natureza, muitas vezes ambígua do conceito, e das várias disciplinas que utilizam este método, como a psicologia, sociologia e antropologia, além da enfermagem. A narrativa expõe as metas e intenções dos atores humanos, torna compreensíveis os indivíduos, as culturas, as sociedades, as épocas históricas, cada um como um todo, humaniza o tempo e permite contemplar os efeitos das nossas ações e alterar as direções das nossas vidas (Overcah, 2005).

Segundo Angus, Gonçalves e Korman (2000), construímos a nossa existência sobre a base de uma estrutura narrativa, estando por sua vez a identidade pessoal e a coerência narrativa amplamente dependentes da construção de significados. Desempenha um papel fundamental na construção de significados, surgindo como um processo mediador entre significado e existência humana.

A narrativa surge como uma estrutura de significação que organiza os acontecimentos e ações humanas numa totalidade, implica uma complexificação dos processos de construção do conhecimento que reflete uma variedade de experiências sensoriais, uma multiplicidade de aspetos emocionais e cognitivos, e uma pluralidade de significados. Construir uma narrativa, implica situar no espaço uma determinada experiência, organizar no discurso os acontecimentos da experiência numa sequência coerente e numa dimensão de continuidade temporal, apresentando cursos de ação significativos com princípio, meio e fim (Polkinghorne, 1995).

A utilização deste instrumento pressupõe que na sua construção sejam colocadas perguntas abertas para ajudar o participante a recontar histórias relacionadas com o tema. Cabe ainda ao investigador defender os objetivos, solidez e as limitações do estudo assim como a extensão em que os resultados são relevantes e aplicáveis (Carpenter & Strenbert, 2002; Overcah, 2005). Ressalve-se que, dada a complexidade de abordagem do tema em estudo relacionado com a imagem corporal e a sexualidade, considera-se a narrativa o instrumento de recolha de

dados mais adequado, apesar das suas limitações, permitindo que as mulheres expressem através da escrita, as suas próprias experiências, não se expondo ao investigador.

Os métodos narrativos são uma contribuição válida para a ciência de enfermagem e constituem, por natureza, uma linguagem familiar para a sua prática. Pode dar uma visão nas decisões e comportamentos do informante, bem como de estratégias que são úteis para o desenvolvimento de intervenções realistas nos cuidados, contribuindo para a sua melhoria e para o exercício de enfermagem (Overcah, 2005).

O facto de o investigador ter um primeiro contacto com as parturientes durante o trabalho de parto apresentou-se bastante favorável, na medida em que além de estabelecer uma relação de confiança, permitiu dar a conhecer e explicar o estudo. Assim, aproveitou-se este momento, para dar a conhecer o tema e objetivos do estudo e obter o consentimento informado. Elegeu-se o momento de transferência da parturiente para o internamento para lhe entregar o instrumento de recolha de dados e respetiva recolha no momento da alta.

Em relação ao tratamento e análise de dados narrativos utilizou-se a análise de conteúdo - uma técnica de investigação da descrição objetiva e sistemática do conteúdo das informações - que tem por finalidade a interpretação destas mesmas informações. É um método utilizado, essencialmente, para identificar conceitos evidenciados nos dados, através da recorrência de ideias, repetição e convicção. Refere-se fundamentalmente às tarefas de codificação, ou seja, catalogar as unidades de análise atribuindo-lhes categorias e posteriormente estes em temas - o que alguns autores denominam de categorização. As unidades de análise são constituídas por palavras, frases ou expressões dos sujeitos (Bardin, 1988; Collado, Lúcio & Sampieri, 2003; Overcah, 2005).

Por último ressaltar as questões éticas envolvidas na realização deste estudo, sendo um aspeto de crucial importância que foi respeitado na sua total integridade. Segundo Fortin (1996) é primordial ter em conta a responsabilidade no que diz respeito à proteção dos direitos da pessoa. Antes de levar a cabo um estudo, o investigador deve interrogar-se sobre os motivos que o conduziram para a sua investigação e sobre as eventuais repercussões na vida dos participantes.

A investigação em saúde, no que toca a questões éticas, requer abordagens rigorosas e precisas, sobretudo quando se envolvem seres humanos. A escolha do tema, o tipo de estudo,

o recrutamento dos participantes, a forma de recolher os dados e de os interpretar são aspetos importantes para a ética, devendo ser conduzida no respeito dos direitos das pessoas (Fortin, 1996). Neste estudo foram assegurados os princípios de não maleficência, consentimento informado, confidencialidade e anonimato.

Antes da aplicação da narrativa, teve-se em conta o parecer favorável, solicitado à Comissão de Ética do CHUIMI (Apêndice B). Posteriormente, procedeu-se à aplicação do instrumento de recolha de dados no período compreendido entre 19/09/2013 e 15/12/13 a 12 parturientes.

4.3.3. Apresentação, análise e discussão dos resultados

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, precedida da caracterização da amostra, através do seguinte quadro:

Quadro 1 – Caracterização da Amostra

	Idade	Habilitações Literárias	Profissão	Curso de PPP	Aumento Ponderal (Kg)	IMC Pré-Gravídico
INF.						
1	29	Ensino Superior	Professora	Sim	13	22.3
2	27	Ensino Superior	Psicóloga	Não	26	27.8
3	32	Ensino Superior	Fisioterapeuta	Sim	11	20.4
4	27	Ensino Secundário	Cabeleireira	Não	10	18.7
5	33	Ensino Secundário	Desempregada	Não	15	27.2
6	35	Ensino Superior	Médica	Sim	11	23.7
7	28	Ensino Secundário	Assistente Balcão	Não	9	26.3
8	25	Ensino Secundário	Técnica Desportiva	Não	10,5	19.3
9	26	Ensino Secundário	Secretária	Sim	15	22.7
10	31	Ensino Secundário	Auxiliar Educativa	Não	21	21.9
11	32	Ensino Superior	Enfermeira	Sim	13	21.7
12	34	Ensino Superior	Solicitadora	Sim	10	26.5

A amostra constituiu-se por doze informantes com idades entre 25 e 35 anos, correspondendo a uma média de idades de 29,9 anos, com habilitações literárias de nível secundário ou superior e com heterogeneidade no que respeita à atividade profissional. A frequência em Curso de PPP foi realizada por seis mulheres.

Relativamente ao ganho ponderal durante a gravidez oscilou entre os 9 e os 26 Kg. Tendo em conta os valores de referência evidenciados na literatura, os quais relacionam o aumento ponderal com o IMC pré-gravídico (Instituto de Medicina citado por Lowdermilk, 2006) verifica-se que duas informantes ultrapassaram os valores dos parâmetros preconizados (I2 e I5) para um aumento ponderal adequado durante a gravidez, enquanto que outras duas informantes ficaram aquém desses mesmo valores (I4 e I8). Esta informação foi mencionada por se considerar um dado objetivo que poderá ser fator condicionador da imagem corporal.

Através da análise de conteúdo dos dados das informantes verificaram-se 4 áreas temáticas, de acordo com os objetivos previamente definidos, sendo respetivamente:

- Vivência da mulher relativamente à imagem corporal face às alterações corporais da gravidez;
- Vivência da mulher relativamente à sexualidade face às alterações corporais da gravidez;
- Estratégias utilizadas pela mulher face às alterações corporais da gravidez;
- Expectativas da mulher face às alterações corporais da gravidez, para o período pós-parto.

A partir das áreas temáticas foram organizadas as categorias, as subcategorias e as respetivas unidades de análise correspondentes em matrizes (Apêndice C). Para melhor compreensão, passa-se a apresentar o seguinte quadro, no qual se esquematizam estes dados. Na mesma lógica, no final da discussão de cada uma das áreas temáticas em estudo, apresenta-se uma tabela síntese dos dados das informantes, respetivamente.

Quadro 2 – Áreas temáticas, categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo dos discursos proferidos pelas parturientes

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Vivência da mulher relativamente à imagem corporal face às alterações corporais da gravidez	<ul style="list-style-type: none"> Satisfação com a Imagem Corporal Insatisfação com a Imagem Corporal Sentimentos de Ambivalência com a Imagem Corporal 	<p><i>Aumento do Tamanho do Útero e Mama</i> <i>Movimentos Fetais e/ou Presença do Feto in Útero</i></p> <p><i>Aumento do Tamanho do Útero e Mama</i> <i>Presença de Estrias Gravidicas</i> <i>Presença de Veias Varicosas e/ou Edema Fisiológico</i></p>
Vivência da mulher relativamente à sexualidade face às alterações corporais da gravidez	<ul style="list-style-type: none"> Comportamento Sexual Satisfatório Comportamento Sexual Constrangedor 	<p><i>Aumento do Tamanho do Útero e Mama</i> <i>Movimentos Fetais e/ou Presença do Feto in Útero</i> <i>Presença de Estrias Gravidicas</i> <i>Aumento do Peso Corporal</i> <i>Náuseas e Vômitos</i> <i>Declínio do Desejo Sexual</i></p>
Estratégias utilizadas pela mulher face às alterações corporais da gravidez	<ul style="list-style-type: none"> Centradas na Vivência da Sexualidade na Gravidez Centradas na Recuperação da Imagem Corporal Pré-Gravídica no Período Pós-Parto 	<p><i>Diálogo no Relacionamento Conjugal</i> <i>Manifestação de Afeto pelo Companheiro</i> <i>Alteração dos Posicionamentos Sexuais</i> <i>Aguardar o Término da Gravidez</i> <i>Preparação para o Parto e para a Parentalidade</i></p> <p><i>Alterações na Alimentação</i> <i>Prática de Exercício Físico</i> <i>Amamentação</i></p>
Expectativas da mulher face às alterações corporais da gravidez, para o período pós-parto	<ul style="list-style-type: none"> Centradas na Imagem Corporal Centradas na Sexualidade 	<p><i>Regressão do Corpo ao Estado Pré-Gravídico</i> <i>Resignação pelo Corpo Atual</i></p> <p><i>Retorno do Padrão da Sexualidade Anterior à Gravidez</i> <i>Apreensão pela Passagem da Conjugalidade à Parentalidade</i></p>

Analisando a primeira área temática - **vivência da mulher relativamente à imagem corporal face às alterações corporais da gravidez** – verifica-se através dos discursos das informantes que existem três formas de a vivenciarem, constituindo-se estas, como respetivas categorias:

- Satisfação com a Imagem Corporal
- Insatisfação com a Imagem Corporal
- Sentimentos de Ambivalência com a Imagem Corporal

Relativamente à Satisfação com a Imagem Corporal, extraem-se as subcategorias:

- ✓ Aumento do tamanho do útero e mama
- ✓ Movimentos fetais e/ou presença do feto in útero

Cinco das informantes apresentavam Satisfação com a Imagem Corporal associada ao aumento do útero e da mama durante a gravidez, características que lhes proporcionava satisfação, quando se comparavam com o seu estado pré-gravídico:

“(...) o aumento da barriga e aumento das minhas mamas foi o mais positivo.” (I7)

“Como positivas destaco a barriga e os seios (...) a comparação ocorria naturalmente, mas sempre encarada positivamente pelo estado único que estava a viver.” (I11)

Oito das informantes referiram, ainda, sentirem-se bem face aos movimentos fetais associados à presença do feto in útero:

“Estava contente com esta mudança uma vez que já há algum tempo desejava engravidar, sentia-me feliz ao sentir a minha bebé a crescer e sentir a magia de sentir um ser dentro de mim.” (I6)

“Mas como positivo sentir a minha bebé dentro de mim traz-me muita alegria, é como um mistério da natureza, que me parece incrível.” (I10)

Estas vivências podem ser justificadas com referência à literatura, que enfatiza que a mulher é capaz de admirar o seu corpo que se tornou fonte de prazer para ambos os parceiros, maravilhando-se com as sensações que lhe advêm dos movimentos fetais (Portelinha, 2003).

As informantes que referiram Insatisfação com a Imagem Corporal relacionando-a com determinadas alterações corporais, emergindo as seguintes subcategorias:

- ✓ Aumento do tamanho do útero e mama
- ✓ Presença de estrias gravídicas
- ✓ Presença de veias varicosas e/ou edema fisiológico

O aumento do tamanho do útero e mama foi mencionado por três parturientes, como uma alteração percebida negativamente:

“Como negativo, no final da gravidez o crescimento da barriga (...) a única coisa que me comparava era a falta de independência que comecei a apresentar em certos aspetos devido as minhas mudanças físicas do corpo.” (I3)

“(...) o aumento de mamas custou-me adaptar pois estão muito sensíveis e muitas vezes me incomoda.” (I8)

A presença de estrias gravídicas, veias varicosas e/ou edema fisiológico são referidas como alterações negativas por quatro informantes, associando-as à sua possível irreversibilidade:

“(...) às vezes sentia-me estranha porque não sentia que era realmente o meu corpo (...) de negativo as estrias e as varizes que sei que já não desaparecerão.” (I7)

“Como negativas, os pés e as pernas edemaciadas.” (I11)

Segundo Galvão et al., (2004), a característica do corpo da grávida da qual ela mais se orgulha é o aumento do volume dos seios e a que menos gosta é o aparecimento de estrias na barriga, coxas e mamas, o que vai de encontro aos dados obtidos neste estudo.

O processo de integração da nova imagem corporal durante a gravidez não é um processo fácil, podendo representar para a mulher a perda de controlo sobre o próprio corpo, pelo que esta irreversibilidade associada à maternidade lhe pode causar angústias, alegrias e medos (Canavarro, 2001).

Na categoria Sentimentos de Ambivalência com a Imagem Corporal emergem discursos proferidos por oito informantes. Estas relataram nos seus discursos que ao ver passar o seu corpo por aquelas alterações lhes causava uma certa insatisfação, especificando os motivos pelos quais se comparavam com o seu corpo pré-gravídico, mas ao mesmo tempo, sentiam alegria pela situação que estavam a vivenciar, concretamente pelos movimentos fetais.

No entanto, algumas mulheres nos seus discursos não se referiram exatamente aos motivos específicos dessa ambivalência, referindo-a de maneira geral associada à imagem corporal.

“(...) sempre comparava o meu corpo na gravidez com o corpo que tinha anteriormente a este, e às vezes, olhava-me ao espelho e via-me super feia, e isso baixava-me muito a moral, mas outras vezes via-me muito muito bonita, com um brilho especial e não me lembrava de como era o meu corpo antes da gravidez” (I1)

“Estava emocionada com a gravidez, a evolução e via como o meu corpo ia mudando com as semanas; às vezes, gostava de me ver, outras nem tanto...era estranho e às vezes sentia que não era realmente eu...”, “(...) comparava-me inevitavelmente. A maioria das vezes contente, porque gostei de me ver grávida, embora outras vezes nem tanto, tinha dúvidas se o meu corpo voltaria a estar como antes.” (I5)

Esta ambivalência é característica das fases iniciais da gravidez, concretamente até ao momento em que a mulher aceita a gravidez e incorpora o feto na sua própria imagem corporal (Burroughs, 1995; Colman & Colman, 1994). De salientar ainda, que ao longo da gravidez, na mesma mulher podem coexistir diferentes estados de perceção da sua imagem corporal, o que reflete a sua faceta dinâmica, verificando-se na literatura que podem variar em cada um dos trimestres da gravidez e no período pós-parto.

Tabela Síntese I - Vivência da mulher relativamente à imagem corporal face às alterações corporais da gravidez

	Satisfação com a Imagem Corporal		Insatisfação com a Imagem Corporal					Sentimentos de Ambivalência com a Imagem Corporal
	A	B	C	D	E			
INF.								
1							X	
2							X	
3	X	X	X					
4	X	X					X	
5		X					X	
6	X	X	X	X			X	
7	X	X		X	X		X	
8			X				X	
9		X						
10		X						
11	X							
12							X	
	<i>A - Aumento do Tamanho do Útero e Mama</i> <i>B - Movimentos Fetais e/ou Presença do Feto in Útero</i>		<i>C - Aumento do Tamanho do Útero e Mama</i> <i>D - Presença de Estrias Gravidicas</i> <i>E - Presença de Veias Varicosas e/ou Edema Fisiológico</i>					

Na segunda área temática - **vivência da mulher relativamente à sexualidade face às alterações corporais da gravidez** e dos discursos das informantes emergiram duas categorias:

- Comportamento Sexual Satisfatório
- Comportamento Sexual Constrangedor

Relativamente ao Comportamento Sexual Satisfatório, quatro parturientes referiram que as alterações corporais da gravidez não interferiram na sua sexualidade, devido ao entendimento que existia dentro da relação conjugal:

“Acho que, de uma forma geral, não houve grande alteração da nossa sexualidade, sempre tivemos bastante entendimento neste sentido, daí que esta fase apenas tivemos algumas pequenas adaptações. Por outro lado o amor e cumplicidade que temos na nossa relação, assim como o facto de ser uma gravidez tao desejada fez com que a nossa relação ainda se intensificasse mais. As pequenas mudanças foram aceites de uma forma muito positiva, pois permitiram que a nossa relação como casal se fortalecesse ainda mais (...) ajudou a que estas pequenas mudanças fossem encaradas de uma forma muito positiva e mesmo construtiva como casal.” (I6)

Uma das informantes referiu que o facto de ter aumentado o tamanho da mama tornou-se um estímulo muito positivo para o casal:

“Acréscimo até que o facto de eu ter uns seios muito desenvolvidos era um estímulo muito positivo para ambos.” (I11)

Oito das informantes mencionaram que as alterações corporais da gravidez levaram a um Comportamento Sexual Constrangedor das quais emergem as seguintes subcategorias:

- ✓ Aumento do tamanho do útero e mama
- ✓ Movimentos fetais e/ou presença do feto in útero
- ✓ Presença de estrias gravídicas
- ✓ Aumento do peso corporal
- ✓ Náuseas e vômitos
- ✓ Declínio de desejo sexual

O constrangimento relacionado com o aumento do tamanho do útero e mama foi referido por três informantes. Em relação ao útero era mencionado pela incomodidade provocada pelo seu tamanho e no que refere à mama pelo aumento da sua sensibilidade:

“(...) à medida que a gravidez foi avançando sim tivemos problemas, não tínhamos relações tão seguidas (...) interferiram a incomodidade do tamanho da barriga.” (I5)

“As minhas mamas estavam bastante mais sensíveis e isso incomodava-me de alguma maneira...o aumento da barriga não me fazia sentir muito cómoda como antes.” (I7)

Para duas informantes tornou-se como constrangimento na vivência da sua sexualidade os movimentos fetais e/ou presença do feto in útero. Segundo as mesmas, este prendeu-se essencialmente com o medo do companheiro em poder magoar o feto durante a atividade sexual:

“(...) era o meu marido que tinha receios de poder magoar o bebé e isso(...)” (I4)

“(...) no segundo e terceiro trimestre por medo por parte do meu marido a provocar dano ao bebé.” (I12)

Na literatura este medo baseia-se em mitos e crenças de que a atividade sexual pode prejudicar o feto ou a mãe. Estas crenças afetam seriamente a satisfação conjugal ao nível da sexualidade e intimidade do casal, podendo inibir cerca de um quarto dos companheiros (Figueiredo & Silva, 2005; Lowdermilk, 2006; Pinto et al., 2005; Portelinha 2003).

A presença de estrias grávidicas mencionada por duas das informantes e o aumento de peso corporal referida por cinco informantes relaciona-se, essencialmente, com a sua aparência física que, segundo as mesmas, não se sentiam tão atraentes como antes para o seu companheiro, afetando-lhes desse modo, a sua própria imagem corporal negativamente:

“Não sinto que tenha interferido muito, mas acho que não sou tão atraente para o meu marido como antes, penso que devido ao excesso de peso e às estrias.” (I9)

“O aumento excessivo de peso, acho que não me ajudou, porque não me sentia como antes e acho que o meu companheiro, apesar de me dizer que eu estava bem, sentia que já não era igual a antes (...) eu continuava a achar que não estava a corresponder às expectativas dele como antes.”, “Senti-me mal porque sabia que nesse campo as coisas tinham mudado bastante (...) eu sabia que, se calhar, não o estava a satisfazer como ele gostaria e, se calhar, já não via em mim aquela atração que tinha antes.” (I10)

O peso corporal é considerado uma das alterações com maior influência na imagem corporal, pelo que as grávidas na sua maioria apresentam uma imagem corporal negativa. É na gravidez que a mulher vivencia uma das maiores alterações corporais da sua vida, podendo afetar a satisfação com a sua autoimagem e o relacionamento com o companheiro. Ao nível dos comportamentos de intimidade do casal, uma imagem corporal negativa pode refletir-se numa diminuição da atividade sexual do casal. Para as mulheres que consideram o corpo grávido como pouco atraente, existe o medo de que a gravidez distorça a sua imagem física e modifique a sua capacidade de sedução e vida sexual (Canavaro, 2001; Nogueiro et al, 2004; Patel et al., 2005; Lowdermilk, 2006).

De acordo com esta linha de pensamento, estas informantes perceberam que o seu companheiro sentiu menos atração física e menos sedução, causado pela sua aparência física, destacando este aspeto como a principal causa de impacto na vivência da sua sexualidade, com repercussão numa diminuição na sua autoestima e autoconceito. Pode verificar-se uma associação por parte da informante entre a sua imagem corporal nesta fase e a vivência da sua sexualidade, considerando relevante a opinião do seu companheiro.

Segundo a literatura, o companheiro da mulher é a fonte de apoio mais importante para a maior parte das jovens mães. As mulheres podem sentir-se sem atrativos físicos, devido às mudanças ocorridas no seu corpo durante a gravidez, levando conseqüentemente a sentimentos de baixa autoestima e de rejeição pelos maridos, que pode ser estendido a toda a gravidez. Estes aspetos ocorrem devido à grande dificuldade de ajustar-se às mudanças do corpo decorrentes da gestação (Cafruni et al., 2003).

Foram ainda tidas em conta duas subcategorias, que apesar de não constituírem alterações corporais evidentes, apresentaram efeito no próprio corpo devido à gravidez. Estas dizem respeito às náuseas e vômitos e ao declínio do desejo sexual, tendo sido considerados pelas informantes como fatores constrangedores com impacto na vivência da sua sexualidade.

Duas informantes mencionaram as náuseas e os vômitos como causa de um comportamento sexual constrangedor:

“No meu caso, a atividade sexual diminuiu de forma considerável (...) durante o primeiro trimestre encontrava-me sempre com náuseas e vômitos.” (I1)

“A minha vida sexual diminuiu bastante (...) também pelas náuseas e os vômitos que tinha ao início.”, “Depois quando me passaram as náuseas isso passou-me (...)” (I4)

A própria literatura converge nesse sentido, referindo que estes aspetos podem provocar afastamento no casal e que justificam uma diminuição do desejo e resposta sexual, pelo que algumas mulheres com náuseas são sensíveis aos odores, podendo o cheiro do homem provocar repulsa (Apolinário et al., 2008; Colman & Colman, 1994; Galvão et al., 2004; Lowdermilk, 2006; Magalhães et al., 2007; Portelinha, 2003).

Quatro das informantes referiram o declínio do desejo sexual com repercussão e impacto constrangedor ao nível da vivência da sua sexualidade:

“No meu caso, a atividade sexual diminuiu de forma considerável, devido a que não tinha apetite sexual.” (I1)

“A minha vida sexual diminuiu bastante, primeiro porque eu não tinha tanta vontade como antes (...)”, “Ao início não me sentia muito bem, mas pelo meu marido, porque eu não tinha vontade, mas o mesmo não lhe acontecia a ele.” (I4)

Uma das razões do declínio do desejo sexual e da frequência coital é o sentimento de insatisfação com a imagem física à medida que a gravidez progride, conduzindo a uma atitude de maior inibição perante o relacionamento sexual com o companheiro (Figueiredo & Silva, 2005).

Tabela Síntese II - Vivência da mulher relativamente à sexualidade, face às alterações corporais da gravidez

INF.	Comportamento Sexual Satisfatório	Comportamento Sexual Constrangedor					
		A	B	C	D	E	F
1		X				X	X
2	X						
3							
4			X		X	X	X
5		X					X
6	X						
7		X		X	X		X
8	X						
9				X	X		
10					X		
11	X						
12			X		X		
		<i>A- Aumento do Tamanho do Útero e Mama</i> <i>B- Movimentos Fetais e/ou Presença do Feto in Útero</i> <i>C- Presença de Estrias Gravídicas</i> <i>D- Aumento do Peso Corporal</i> <i>E- Náuseas e Vômitos</i> <i>F - Declínio do Desejo Sexual</i>					

Relativamente à terceira área temática, **estratégias utilizadas pela mulher face às alterações corporais da gravidez**, as informantes apenas referenciaram estratégias face à vivência da sexualidade. No entanto, verificou-se que em relação à imagem corporal, a sua preocupação foi dirigida para estratégias a utilizar no período pós-parto. Daí que dos discursos das informantes emergem as seguintes categorias, sendo que a segunda não se encontrava prevista nos objetivos do estudo, pelo que foi considerada categoria emergente:

- Centradas na Vivência da Sexualidade na Gravidez
- Centradas na Recuperação da Imagem Corporal Pré-Gravídica no Período Pós-Parto

As estratégias utilizadas pelas informantes Centradas na Vivência da Sexualidade na Gravidez são referidas no sentido de minimizar o impacto das alterações corporais na vivência da sexualidade, resultando as seguintes subcategorias:

- ✓ Diálogo no relacionamento conjugal
- ✓ Manifestação de afeto pelo companheiro
- ✓ Alteração dos posicionamentos sexuais
- ✓ Aguardar o término da gravidez
- ✓ Preparação para o parto e para a parentalidade

O diálogo no relacionamento conjugal foi uma das estratégias mencionadas por cinco informantes:

“E o diálogo, assim como a nossa cumplicidade (...) ajudou a que estas pequenas mudanças fossem encaradas de uma forma muito positiva e mesmo construtiva como casal.” (I6)

“Falávamos muito porque acho que através da comunicação entre os dois se podem resolver os problemas (...)” (I10)

A manifestação de afeto pelo companheiro constituiu-se como outra estratégia mencionada por quatro informantes como uma necessidade aumentada durante a gravidez, em detrimento, muitas vezes, da relação sexual coital:

“ Apesar da nossa relação em termos sexuais ter diminuído durante a gravidez, ele estava sempre preocupado em dar-me muito carinho e a fazer sentir-me bem.”, “Era muito carinhoso comigo e era o que mais me fazia falta e eu mais gostava nesse momento. (I10)

Este aspeto é justificado pela literatura, quando refere que algumas mulheres vivem a sua sexualidade durante a gravidez como uma necessidade acrescida de ternura e sensualidade, procurando principalmente o mimo e o abraço caloroso do companheiro (Portelinha, 2003).

Quatro informantes mencionaram como a estratégia a alteração das posições sexuais, para uma vivência mais plena da mesma, tendo em conta, principalmente, o aumento do útero:

“Adaptamo-nos à minha condição física, procurando alternativas na vivência da nossa sexualidade, nomeadamente ao nível dos posicionamentos.” (I6)

“(...) mudanças de posturas sexuais, normalmente de lado para não pressionarmos o abdómen.” (I8)

No entanto, estas estratégias não se adaptam a todos os casais. Aqueles que são bastantes conservadores, não conseguem contornar este obstáculo, levando assim a um maior impacto na vivência da sua sexualidade (Portelinha, 2003).

Na subcategoria aguardar o término da gravidez, referida por cinco informantes, parece supor que não encontraram estratégias mais resolutivas:

“Esperar que a gravidez terminasse e aceitar esta fase como uma fase normal e passageira.” (I7)

“Nada, apenas esperar que com o terminar da gravidez as coisas voltem de novo ao que eram.” (I9)

Nesta base, e após analisar todos os discursos e comparar os seus conteúdos, parece que estes casais poderão apresentar maior influência dos aspetos culturais, ao nível das crenças e/ou mitos face à vivência da sexualidade na gravidez. De referir que esta estratégia pode não ser a mais eficaz, pois segundo Portelinha (2003), alguns homens chegam mesmo a recorrer a relações extraconjugais, durante o período da gravidez.

Por último, uma das informantes referiu que a PPP se constituiu como uma forma de ajuda na vivência da sua sexualidade, encarando-a como um processo positivo e construtivo no seio da relação conjugal, como se pode observar:

“(...) a preparação que tínhamos em termos das aulas de preparação para o parto e mesmo a nossa formação, ajudou a que estas pequenas mudanças fossem encaradas de uma forma muito positiva e mesmo construtiva como casal.” (I6)

Relativamente à segunda categoria, a qual resultou emergente dos discursos das informantes, refere-se às estratégias a utilizar no período pós-parto, Centradas na Recuperação da Imagem Corporal Pré-Gravídica no Período Pós-Parto, constituindo-se as seguintes subcategorias:

- ✓ Alterações na alimentação
- ✓ Prática de exercício físico
- ✓ Amamentação

Evidenciou-se no discurso de três informantes, a necessidade de alterar a sua alimentação no período pós-parto, tendo como preocupação a recuperação da sua imagem corporal pré-gravídica:

“Espero ter uma rápida recuperação física (...) para isso vou começar a ter mais cuidado com a minha alimentação (...)” (I3)

“Que o meu corpo volte ao estado normal antes da gravidez (...) começarei a minha dieta.” (I5)

“Claro que também vou começar a ter muito cuidado com o que como (...) para perder o peso que ganhei o mais depressa possível.” (I10)

Seis das informantes referiram a prática de exercício físico:

“Espero que o meu corpo volte à normalidade e a ser como era antes da gravidez. Vou-me começar a cuidar a partir de agora, e ir para o ginásio quando puder para recuperar rapidamente.” (I4)

“Quando me sinta mais recuperada fisicamente, começarei a praticar exercício físico.” (I6)

“Mal possa, voltarei a fazer natação e a correr diariamente, para perder o peso que ganhei.” (I10)

Por último, referir que duas das informantes consideraram a amamentação como favorecedora à recuperação do seu corpo pré-gravídico:

“Por outro lado, sei que com a amamentação também será mais fácil recuperar a minha forma física.” (I11)

Salientar que a todas estas estratégias existe uma base comum que diz respeito à recuperação da imagem corporal pré-gravídica no período pós-parto. De notar que a maioria das informantes associa a recuperação da sua forma física anterior com a perda de peso, verificando-se que se torna o fator mais relevante na sua satisfação com a imagem corporal.

Tabela Síntese III - Estratégias utilizadas pela mulher face às alterações corporais da gravidez

INF.	Centradas na Vivência da Sexualidade na Gravidez					Centradas na Recuperação da Imagem Corporal Pré-Gravídica no Período Pós-Parto			
	A	B	C	D	E	F	G	H	
1									
2			X						
3	X			X		X	X		
4		X		X			X		
5		X				X	X		
6	X		X		X		X	X	
7				X					
8	X		X				X		
9				X					
10	X	X		X		X	X		
11								X	
12	X	X							
	<i>A-Diálogo no Relacionamento Conjugal</i> <i>B- Manifestação de Afeto pelo Companheiro</i> <i>C- Alteração dos Posicionamentos Sexuais</i> <i>D- Aguardar o Término da Gravidez</i> <i>E- Preparação para o Parto e para a Parentalidade</i>					<i>F - Alterações na Alimentação</i> <i>G- Prática de Exercício Físico</i> <i>H - Amamentação</i>			

Na última área temática, interessou conhecer quais as **expectativas da mulher face às alterações corporais da gravidez para o período pós-parto**, pelo que do conteúdo dos seus discursos emergiram duas categorias:

- Centradas na Imagem Corporal
- Centradas na Sexualidade

Da análise dos discursos e relativo às expectativas Centradas na Imagem Corporal foram distribuídos em duas subcategorias:

- ✓ Regressão do corpo ao estado pré-gravídico
- ✓ Resignação pelo corpo atual

A primeira subcategoria - regressão do corpo ao estado pré-gravídico - constituiu-se como uma vontade geral da grande maioria das informantes, num total de onze discursos, denotando-se um certo grau de preocupação relativamente a esta situação:

*“ Nunca me comparei nem me angustiei com o peso. Agora, recém ter dado a luz é quando realmente me vejo gorda e me gera mais inquietude e mal-estar os kilos.”,
“Espero recuperar a minha silhueta o antes possível, apesar de que sei que vai demorar...mas farei de tudo para voltar a estar como antes.” (I2)*

“Espero mesmo que volte a ser como era antes, mas tenho medo que o meu companheiro não me ache tão elegante como antes e que não volte a ficar com o corpo como o tinha.” (I10)

Se durante a gravidez, as alterações corporais tinham uma causa – o crescimento do feto – e eram encaradas com aceitação pela maior parte das parturientes, sentido satisfação quanto à sua imagem corporal, no período pós-parto existe uma preocupação com a regressão do corpo ao estado pré-gravídico, pela maioria das informantes.

Assim, expectativas das mulheres sobre os seus corpos para período pós-parto relacionam-se com a sua ideia de corpo pré-gravídico, pelo que se poderão sentir-se incomodadas e preocupadas com as mudanças físicas, desejando melhorar a sua autoimagem e regressar ao seu peso corporal e aparência anterior. Este processo pode afetar a sua autoestima, autoimagem, sexualidade e relacionamento com o parceiro (Abuchaim & Silva, 2006; Araújo et al., 2010; Canavarro, 2001).

Contudo, quatro das informantes revelaram resignação pelo corpo atual, em prol da alegria de terem o seu filho:

“Apesar de que sei que as estrias e as varizes vão ser muito difíceis de perder...mas pronto, também acho que é normal que depois de ter um filho por mais que custe e tente, o corpo dificilmente volta a ser como era.” (I7)

“Espero que o meu corpo, com o tempo, volte à normalidade, embora aceite com naturalidade que irá ficar diferente do que tinha antes de engravidar, pois tenho consciência que foi por uma boa causa.” (III)

Como referem Colman e Colman (1994) e Portelinha (2003), para algumas mulheres, a ideia de ser mãe está associada ao sofrimento e martírio e o valor da nova vida tende a ser entendido como um valor supremo, no qual recaem todos os cuidados e pelo qual a mulher se deve submeter aos sacrifícios de uma eventual fase de penosidade. Algumas mulheres pensam que a condição de ser mãe é descontínua com a sua identidade anterior, enquanto para outras não tanto, pelo que este grau de interrupção está relacionado com as próprias mudanças, mas principalmente com o significado que cada uma lhes atribui. Assim, a maternidade, adquire um desafio à capacidade da mulher de se dar e de se descentrar de si própria. Para algumas mulheres com a realização pessoal sob a forma de dádiva, este desafio apresenta-se como positivo, enquanto para outras adquire uma tonalidade negativa porque o associam à obrigação de servir e da responsabilidade de ter alguém completamente dependente sempre de si (Canavarro, 2001).

Relativamente às expectativas Centradas na Sexualidade, evidenciaram-se nos discursos das informantes, as seguintes subcategorias:

- ✓ Retorno do padrão da sexualidade anterior à gravidez
- ✓ Apreensão pela passagem da conjugalidade à parentalidade

Em relação à primeira subcategoria evidenciou-se nos discursos de dez informantes, a vontade de retorno do padrão da sexualidade anterior à gravidez:

“Na gravidez tudo tem uma causa, mas quando dás à luz, queres que tudo volte à normalidade, o quanto antes, e sinto medo de continuar a não ter apetite sexual.” (I2)

“Espero que pelo menos a nossa relação não se veja alterada nesse sentido, e tudo o que perdemos durante a gravidez possa vir a ser como antes (...)” (I7)

“Espero também voltar à normalidade de antes, e que me sinta de novo atraente para o meu companheiro.” (I9)

Em relação a esta expectativa verifica-se a importância de maior atenção, dado que a literatura evidencia que os casais apresentam dificuldades a este nível tanto na gravidez como no período pós-parto, podendo apresentar repercussões a longo prazo (Apolinário et al., 2008; Figueiredo & Silva, 2005; Galvão et al., 2004; Portelinha, 2003).

No período pós-parto os casais esperam um mês, em média, até retomarem as relações sexuais. Ocasionalmente, alguns casais renovam a sua vida sexual um ano após o nascimento do filho. Possivelmente, devido a uma experiência negativa numa primeira tentativa, pelo que o medo se instala facilmente, concretamente da dispareunia. Também as mulheres que amamentam, possivelmente, demorarão mais tempo a ficarem excitadas, por processos em larga medida fisiológicos (Canavarro, 2001; Lowdermilk, 2006).

Relativamente à segunda categoria, quatro informantes manifestaram como expectativa para o período pós-parto, apreensão pela passagem da conjugalidade à parentalidade:

“Espero que tudo volte à normalidade, apesar de que acho que agora já não estamos sós e o nosso filho vai ocupar muito do nosso tempo, daí que penso que será difícil ser igual a antes.” (15)

“Espero que continue a intensificar-se, nomeadamente em termos da nossa união como casal, apesar de que tenho um certo receio que agora com o nascimento já não somos apenas os dois, e não teremos tanto tempo para nós como antes. Talvez essa seja realmente a mudança mais marcante e a adaptação mais desafiante.” (16)

Estas manifestações estão de acordo com vários autores, quando referem que a chegada do primeiro filho constituiu um processo importante no desenvolvimento do núcleo familiar, pela passagem de díade a tríade. Neste momento estabelece-se uma situação crítica, tanto do ponto de vista individual como da ótica do casal, o que requer novas formas adaptativas por parte do casal para superarem esse momento de turbulência no seu relacionamento conjugal (Cafruni et al., 2003). A maternidade implica um “roubo” à relação conjugal/marital estabelecida, daí que o receio de não encontrarem equilíbrios conjugais satisfatórios torna-se compreensível, por representar uma perda de uma determinada organização conjugal ou da sua exclusividade (Canavarro, 2001). O pai pode, ainda, chegar a apresentar sentimentos de ciúme em relação ao filho, podendo expressar-se com atitudes de ressentimento e comportamentos agressivos e/ou de afastamento (Colman & Colman, 1994; Kitzinger, 1984).

Tabela Síntese IV – Expectativas da mulher face às alterações corporais da gravidez, para o período pós-parto

INF.	Centradas na Imagem Corporal			Centradas na Sexualidade		
	A	B		C		D
1	X			X		
2	X			X		
3	X			X		
4	X			X		
5	X			X		X
6	X	X				X
7	X	X		X		
8	X					
9	X	X		X		
10	X			X		X
11		X		X		X
12	X			X		
	A- Regressão do Corpo ao Estado Pré-gravídico B- Resignação pelo Corpo Atual			C- Retorno do Padrão da Sexualidade Anterior à Gravidez D- Apreensão pela passagem da conjugalidade à parentalidade		

4.3.4. Conclusões

Perante a análise dos dados e a discussão dos resultados deste estudo, pode concluir-se que as alterações corporais ao nível da gravidez apresentam um impacto ao nível da imagem corporal da mulher e da sua sexualidade.

Em relação ao **impacto das alterações corporais da gravidez na imagem corporal** foram referidos, pela maioria das informantes, sentimentos de ambivalência de satisfação e insatisfação com a sua imagem corporal ao longo da gravidez. Algumas dessas informantes especificaram que a presença de estrias gravídicas, de veias varicosas e/ou edemas fisiológicos foram causadoras desses sentimentos. No entanto, a maior parte das informantes manifestou que um momento marcante para a aceitação e a adaptação da sua nova imagem corporal foi aquele em que começaram a sentir os primeiros movimentos fetais. Quanto ao aumento do útero e mama verificou-se que repercutiu com impacto negativo ou positivo na sua imagem corporal e diminuir ou aumentar a sua satisfação corporal, respetivamente.

Relativamente ao **impacto das alterações corporais na vivência da sexualidade** verificou-se que este foi marcado por um comportamento sexual constrangedor pela maioria das informantes, associando-o com a sua insatisfação com imagem corporal, dado o aumento de peso, o tamanho do útero e mama e a presença de estrias gravídicas. Quanto aos movimentos fetais, a presença do feto in útero apresentou-se como constrangedora na vivência da sexualidade do casal devido à atitude de medo do companheiro em prejudicar o feto ou a mulher, resultante de crenças e mitos. Foram ainda referidos os vômitos, as náuseas e o declínio do desejo sexual como fatores constrangedores. Apesar de não se constituírem como alterações corporais evidentes, apresentaram repercussões no próprio corpo.

De notar que a alteração corporal com maior impacto na sexualidade foi o aumento de peso, sendo percecionado pela mulher como uma insatisfação corporal associada à diminuição da sua sedução e atratividade para o companheiro, contribuindo para sentimentos de baixa autoestima e autoconceito.

Estes aspetos acabam por coincidir com a literatura, sendo a perceção da perda da sedução e a relação com o companheiro relevantes na construção da imagem corporal da mulher e na sua satisfação corporal nesta fase. Existe um relacionamento notório entre a imagem corporal e a vivência da sexualidade, denotando-se o relacionamento conjugal significativo para esta

construção. Este aspecto pode ser corroborado através de um estudo de Borges et al. (2005, p. 24) quando referem nas suas conclusões: “Para a hipótese referente à autoimagem obtivemos uma correlação positiva, o que confirma que quanto melhor for a percepção da autoimagem melhor é a qualidade da vivência da sexualidade.”

Ao nível das **estratégias utilizadas pela mulher face às alterações corporais da gravidez** é de salientar que apenas fizeram referência às estratégias na vivência da sexualidade. Referiram o recurso ao diálogo, a manifestação de afeto, a alteração dos posicionamentos sexuais e a espera pelo término da gravidez e pelos contributos aprendidos na Preparação para o Parto e para a Parentalidade, mencionada por uma informante.

Face ao exposto, evidencia-se que algumas mulheres apresentam capacidade de resposta e de tentativa de resolução dos problemas no seio do relacionamento conjugal. Ao nível da imagem corporal referem estratégias para o período pós-parto, no sentido da regressão do corpo ao estado pré-gravídico. Estas estratégias que as mulheres dizem utilizar no período pós-parto foram consideradas emergentes do estudo, sendo que as informantes pretendem realizar alterações ao nível da alimentação, prática de exercício físico e a amamentação. Nota-se uma valorização mais acentuada das duas primeiras estratégias, em comparação com a amamentação.

Relativamente às **expectativas da mulher para o período pós-parto**, todas as informantes, à exceção de uma, revelaram uma marcada vontade na regressão do corpo ao estado pré-gravídico e do retorno da sexualidade ao padrão anterior à gravidez.

Evidenciou-se ainda, que a imagem corporal que a mulher percebe durante a gravidez influencia a vivência da sua sexualidade, o que pode ser comprovado também pela literatura. Segundo Maciel & Quintal (2011), o modo com a grávida encara a sexualidade dependerá de vários fatores, entre os quais, o modo como ela própria se percebe, se avalia e se valoriza nesta fase.

No entanto, quatro informantes referiram resignação pelo corpo atual, o que revela um certo sentimento de sacrifício face à maternidade. Essas alterações corporais, apesar de não serem encaradas com uma satisfação corporal positiva, seriam necessárias em prol do RN. Assim, estas informantes manifestaram resignar-se do seu individualismo como mulheres, em prol do seu filho. Este aspecto remete para o conceito de maternidade enraizado socialmente ao longo

da história da mulher, tal como refere Badinter (1997), apresentando, na atualidade, alguns reflexos, de tal modo que algumas mulheres manifestam primazia pelo cuidado do filho, em detrimento da sua própria identidade enquanto mulheres.

Por outro lado, as informantes referiram apreensão relativamente à passagem de díade a tríade, relacionando este aspeto com a interferência na vivência da sua sexualidade no futuro. Deste modo, a vivência da sexualidade do casal é inevitavelmente influenciada pelo nascimento de um filho. Esta acentua-se quando se trata do primeiro filho, dado que marca a transição do ciclo evolutivo da passagem da conjugalidade à parentalidade, transformando-se num sistema permanente. Mesmo quando a vulnerabilidade física e os receios são ultrapassados, podem permanecer obstáculos a uma sexualidade satisfatória. O excesso de tarefas parentais pode levar a que o homem e a mulher dediquem menos tempo um ao outro. Assim, a gravidez e a maternidade modificam, irremediavelmente, a identidade, papéis e funções na dinâmica familiar, levando a mudanças, com perdas e ganhos, e requerem respostas adaptativas a nível cognitivo, emocional e comportamental (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994; Relvas, 1996).

Face ao exposto, e sabendo que a gravidez, parto e período pós-parto implicam alterações inevitáveis no corpo da mulher, torna-se relevante a intervenção do EEESMO no que respeita às questões relativas à imagem corporal e à sexualidade da mulher nesta fase.

Sabe-se que a sociedade “*prescreve e impõe*” algumas normas de comportamento e aparência física. Ser atraente é considerada uma característica particularmente importante, que pode influenciar a imagem corporal da mulher. Por sua vez, a alteração da imagem corporal pode alterar a personalidade, na medida em que afeta o corpo. Podem ocorrer variações de humor, que devem ser identificadas pelos profissionais de saúde, de forma a ajudar a pessoa no processo de aceitação e a viver com essa mudança. Para isso é necessário dar atenção à linguagem verbal e não-verbal (Santos, 2008).

A sexualidade durante a gravidez e o período pós-parto encontra-se integrada em todo este processo que a mulher vivencia, percebendo-se que não interfere apenas na relação consigo mesma, com o seu corpo e com a sua feminilidade mas também apresenta influência ao nível do seu relacionamento conjugal. É do conhecimento geral que, na sociedade conservadora em que vivemos, a sexualidade materna ainda é revestida de crenças e tabus, sendo, muitas vezes, um assunto evitado pelos pacientes e até pelos profissionais de saúde. Neste sentido, podem

iniciar-se muitos problemas sexuais e experiências negativas durante a gravidez e o puerpério, que podem tornar-se difíceis de tratar a longo prazo (Bia, 2010). O impacto adverso das possíveis perturbações psicológicas, que daí podem advir, poderá afetar o bem-estar materno, a relação conjugal e até ao nível do cuidar do filho. Assim, parecem fatores a ter em atenção.

Deste modo, estes aspetos poderão afetar a autoestima e autoconceito da mulher, que nesta fase se pode encontrar mais vulnerável pelos diversos fatores associados à gravidez, parto e período pós-parto. Daí que a intervenção do EEESMO na prevenção de complicações, nomeadamente de ordem psicológica, como a depressão pós-parto, constitui uma área de prevenção importante ao nível da saúde mental da mulher.

Neste sentido, propõem-se algumas **recomendações/sugestões**, que poderão constituir-se como possíveis intervenções futuras na prática do EEESMO e, ainda, a difusão dos resultados deste estudo a outros profissionais de saúde e à população em geral. Estas constituem-se como competências do campo de atuação da qualificação de um enfermeiro especialista, preconizado pela OE, que se encontram também em sintonia com a teórica Peplau (1990, p. 10) quando refere: “As enfermeiras também partilham a responsabilidade da formulação, em cooperação com outros profissionais, de critérios para uma vida desejável e para o desenvolvimento de políticas e planos para conseguir as condições que tornam possível a saúde.”

Considera-se que ao nível dos CSP a intervenção do EEESMO é fundamental, especialmente no âmbito da Consulta Pré-Concepcional, Pré-Natal e do Puerpério. Deste modo, poderá atuar de forma individualizada, quer ao nível da imagem corporal quer da sexualidade da mulher, prevenindo e melhorando o impacto das alterações corporais da gravidez nestas duas variáveis.

No âmbito da consulta **pré-concepcional**, o EEESMO poderá atuar em termos da EPS à mulher, concretamente na área da prevenção relativa às mudanças físicas e psicoemocionais da gravidez, no sentido de promover gravidezes planeadas e vivências positivas da parentalidade; na promoção de estilos de vida saudáveis, avaliando previamente o IMC da mulher e aconselhando sobre os cuidados a ter; no conhecimento do padrão habitual da expressão sexual no casal e das expectativas pessoais e conjugais em relação à sexualidade; no ensino e realização dos exercícios *Kegel*, que deverá dar continuidade durante a gravidez e puerpério.

Durante as consultas **pré-natais**, o enfermeiro especialista em SMO poderá conhecer a vivência da mulher relativamente as alterações corporais da gravidez e perceber se existe impacto na sua imagem corporal e sexualidade.

Assim, ao nível da imagem corporal, poderá aconselhar a mulher a adotar comportamentos tendentes à otimização do aspeto físico e à sua aceitação, de maneira que as mudanças reais ou percebidas na sua estrutura e função corporal sejam incorporadas da forma mais saudável possível; poderá ser portador da boa notícia de que existe vida estética durante a gravidez, concretamente pela prevenção do excesso de peso, aconselhando o aumento ponderal adequado em função do IMC individual; poderá alertar para a importância da adoção de uma alimentação equilibrada e nutritiva, adequada às necessidades materno-fetais; poderá educar para a saúde, ao nível da prevenção das veias varicosas e das estrias gravídicas, assim como sobre a importância de dar continuidade aos exercícios de *Kegel*.

Além de tudo isso, poderá envolver o companheiro relativamente ao papel preponderante e influente na imagem corporal da mulher, que deverá continuar a mostrar que a deseja e que a considera atraente (Galvão, 2004). Ao nível da vivência da sexualidade, deverá conhecer as mudanças verificadas no comportamento sexual durante a gravidez, assim como as estratégias utilizadas. Poderá, ainda, favorecer a comunicação, criando um espaço de abertura para ouvir e perceber as dificuldades e vivências do casal, proporcionar condições para partilhar as suas experiências livremente, esclarecer as dúvidas e ajudar a encontrar soluções conjuntas.

Por outro lado, deverá perceber o tipo de crenças e os mitos em relação a sexualidade durante a gravidez, não desvalorizando, mas entendendo a sua influência, e ajudar na desmistificação dessas ideias erróneas.

O EEESMO apresenta ainda um papel importante na estimulação e valorização da comunicação aberta e honesta entre os parceiros sexuais, incentivando o casal a discutir as respostas fisiológicas à estimulação sexual, concretamente pelo possível declínio no desejo sexual. Poderá sensibilizá-los relativamente às formas anteriores de estimulação sexual que podem provocar sensações diferentes na gravidez, ajudando-os a entender que o diálogo se torna fundamental para o seu equilíbrio emocional e relacional.

Os momentos de PPP no período pré-natal tornam-se momentos importantes para a utilização de dinâmicas de grupo interessantes, abordando estas questões de uma forma menos pessoal

(pela intimidade que encerra) e o mais espontânea possível. Poderá desmistificar mitos e crenças e abordar estes temas abertamente, o que levará a uma perspectiva mais natural e construtiva por parte dos casais. Será ainda importante fomentar a discussão destes temas, em grupo, no sentido de poderem partilhar mais abertamente os seus pontos de vista de uma forma mais impessoal, mas sem omitirem as suas opiniões.

No âmbito das consultas de **puerpério**, o EEESMO poderá realizar EPS relativamente aos cuidados relacionados com a regressão do corpo ao estado pré-gravídico. Assim, deverá reforçar a importância da amamentação, que além do vínculo emocional com o filho ajudará na perda de peso corporal; esclarecer acerca do tipo de prática de exercício físico e dos tempos adequados, explicando as razões da sua importância no restabelecer e reforçar o assoalho pélvico primeiramente, dando continuidade aos exercícios de *Kegel* e na prevenção da diástase dos músculos abdominais.

Por outro lado, poderá atenuar a resignação do corpo no período pós-parto, através da valorização do ser mulher e do seu autocuidado, ajudando a desconstruir o mito de “*mãe perfeita*” e estimulando a colaboração da família na função maternal. Além disso, deverá fazer com que o casal se sinta protagonista do processo decisório, de maneira livre, valorizando os seus interesses e desejos, não exclusivos ao filho, sem culpa ou receio (Carinhanha, 2006)

Ao nível da vivência da sexualidade, poderá aconselhar acerca do retorno à atividade sexual, fazendo respeitar os tempos de cada casal de forma individualizada, minimizando o medo pela dispareunia e sugerindo estratégias: preliminares prolongados e utilização de lubrificante, especialmente nas mulheres que amamentam. Poderá ainda informar a puérpera acerca dos cuidados perineais, aconselhar a conhecer-se com a vulva modificada, permitindo a observação objetiva da cicatrização da episiotomia ou de possíveis lacerações (no caso de existir) ou da dilatação imaginada, enfatizando que, se a mulher se conhecer a nível físico, poderá mais facilmente interagir com o companheiro a nível sexual.

Por outro lado, poderá incentivar a participação e o envolvimento do casal na prestação de cuidados ao RN e dinâmica familiar, assim como orientar os casais para que a sua vida não se centre exclusivamente no filho, devendo dispor de tempo para eles próprios, no sentido de que a passagem de díade a tríade seja realizada da forma mais saudável possível.

Para finalizar, referir que os profissionais de ESMO possuem um papel fundamental e uma posição privilegiada para poderem atuar a este nível, uma vez que ao conhecerem os casais e ao atuarem diretamente ao longo do ciclo gravídico-puerperal, podem criar um ambiente de confiança, imprescindível para abordar temas tão íntimos e complexos como a **imagem corporal e a sexualidade**.

4.4. Avaliação das competências adquiridas

Este capítulo traduz a avaliação acerca do desenvolvimento e aquisição de competências do EEESMO ao longo deste ENP, mas também acerca do estudo realizado sobre a vivência da mulher relativamente à imagem corporal e sexualidade, face às alterações corporais da gravidez. Tendo por base os objetivos traçados para este percurso formativo, referidos anteriormente, detalham-se as capacidades desenvolvidas: capacidades de análise, reflexão e pensamento crítico; capacidades cognitivas e capacidades técnico-científicas; capacidades de autonomia na tomada de decisão e na identificação de necessidades/prioridades, de acordo com o PE e com o diagnóstico de situação; capacidades relacionais e de comunicação; capacidades socioculturais; capacidades éticas e deontológicas; capacidades de auto e hetero-avaliação.

Relativamente ao estudo realizado, foram desenvolvidas capacidades e competências investigativas no âmbito da identificação/justificação da problemática a estudar; da apresentação do enquadramento teórico adequado à mesma; da formulação da questão de partida e dos objetivos a atingir; da definição e aplicação do instrumento de recolha de dados e da seleção da amostra; do tratamento, análise e interpretação dos dados/resultados; da comunicação pública acerca das conclusões obtidas e dos conhecimentos e raciocínios subjacentes às mesmas. Todas estas capacidades e competências foram desenvolvidas no sentido de promover a valorização profissional e de contributo ao nível de sugestões e recomendações, para possíveis intervenções futuras na melhoria da prática especializada em SMO e na continuidade da produção de conhecimento através da investigação.

Para alcançar os objetivos do estágio, utilizaram-se recursos e estratégias, como a solicitação de orientação e participação, sempre que necessário, da tutora do estágio e da restante equipa multidisciplinar no próprio contexto, assim como da orientadora e co-orientadora, através de

reuniões presenciais. O enriquecimento em conhecimento de forma autónoma foi sendo alcançado de acordo com as necessidades sentidas, através da pesquisa bibliográfica, imprescindível para uma atualização e aprofundamento constantes.

No sentido da complementaridade ao processo formativo, foram eleitos momentos de formação organizados pelo CHUIMI, pela ESS e por iniciativa própria:

- “*I Curso de Patologia Benigna da Mama*” de 10h, correspondentes a 1 crédito;
- “*El Nacimiento y la Salud Perinatal en el Contexto Científico de 2013*” de 14h de duração, correspondentes a 1,3 créditos;
- Sessões de formação dirigidas aos EIR, realizadas por uma EEESMO - profissional do CHUIMI – sobre “*Parto*” e “*Curso Teórico-prático de Suturas*”, com duração total de 20,5 e 3h, respetivamente;
- Participação em sessões clínicas do serviço;
- Seminários previstos no plano de estudos do curso do CMESMO.

O curso teórico-prático de suturas traduziu-se numa mais-valia, no desenvolvimento de competências técnicas, para aumentar a destreza manual e a perícia nos cuidados a prestar.

O modelo tutorial: “*Espaço Livre de Expressão de Experiências*” (ELLE), como estratégia e recurso muito interessante para a melhoria do processo formativo, apesar de ter sido realizado no estágio anterior, tornou-se relevante, porque se puderam transpor reflexões e aprendizagens para aplicar neste ENP.

O ELLE trata-se de um *dispositivo de aprendizagem experiencial*, dando a oportunidade ao estudante de desenvolvimento de capacidades cognitivas, técnico-científicas, sensório-emocionais, afetivas, comunicacionais, relacionais, crítico-reflexivas, ético-profissionais, de autonomia, iniciativa, criatividade, inovação, tomada de decisão, através de uma prática de cuidados especializados, capaz de considerar os princípios filosóficos inscritos no *modelo da corporeidade* (Lima, 2012).

Este dispositivo de aprendizagem permitiu uma linha de continuidade, enfatizando a lógica no processo formativo pessoal e constituiu-se de tal forma num *continuum* de aprendizagem ao longo da vida, que não se verificou desfasamento da passagem de um estágio para o outro. A

sua lógica centra-se no estudante como pessoa e ser em processo de formação, considerando-se como um aspeto importante no sucesso da aprendizagem.

Por outro lado, as estratégias do ELLE tornaram-se muito produtivas, dado que a sua metodologia permitiu analisar as situações à distância - tanto de tempo cronológico como do próprio “eu”. As experiências eram primeiramente gravadas e, posteriormente, refletidas em vários momentos. Analisaram-se numa perspetiva mais racional, o que facilitou a reflexão para o desenvolvimento de competência, que à partida, parecia mais difícil de atingir. Assim, as dificuldades sentidas foram colmatadas, transpostas e aplicadas a outras situações.

Constitui-se como um momento de *trans(formação)* do “eu” pessoal e profissional em formação, com vista à construção da identidade psicossocial do enfermeiro especialista em SMO. Este dispositivo de formação destaca a relação corpo-a-corpo do enfermeiro na relação com os outros, quer seja jovem, mulher, gestante, parturiente, puérpera, homem, familiares e outros profissionais. A integração do modelo da corporeidade na prestação de cuidados humanizados em ESMO foi essencial, percebendo-se, na prática, a importância das competências corporais sensório-emocionais, afetivas e comunicacionais – o que vai de encontro com a teoria defendida por Peplau.

No que refere ao desenvolvimento de competências técnico-científicas, estas constituíram-se como uma das principais necessidades a desenvolver e a aprimorar. Tal como se referiu ao longo das atividades anteriores, estas competências foram alcançadas de forma adequada, dado o número de oportunidades, a diversidade de situações e as orientações tutoriais.

No que diz respeito à mobilização de conhecimentos teóricos para a prática, os mesmos foram sustentados na pesquisa científica disponível, sendo quatro guias de práticas imprescindíveis:

- “Guia Práctica de Asistencia en Paritório” que se refere aos protocolos principais do CHUIMI, Gutiérrez (2012b);
- “Guia de Práctica sobre La Atención de Parto Normal” do CHUIMI (2013);
- “Guia Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal do SNS Espanhol” do Ministerio de Sanidad y Política Social (2010);
- “Cuidados en el parto normal” da OMS (1996).

Tiveram-se, ainda, em atenção: as orientações da Sociedade Espanhola Ginecologia y Obstetricia, concretamente no que se refere a estudos científicos, bastante considerados na prática clínica; os conteúdos lecionados durante o CMESMO; toda a bibliografia consultada acerca do tema estudado e a literatura de obstetricia, nomeadamente os seguintes manuais:

- “Enfermagem na Maternidade” de Lowdermilk, (2006);
- “Obstetricia” de Sanchez e Siña, (1999);
- “Medicina Materno-Fetal” de Graça, L. M., (2010).

Em termos da capacidade de registos de enfermagem, foi realizada de forma pertinente, tendo em conta a identificação de necessidades, a formulação de diagnósticos e as intervenções emergentes da prática de enfermagem, assim como a capacidade de análise dos mesmos. Neste sentido, todos os registos de ESMO, desde o momento de admissão da parturiente até ao momento de ser transferida para a hospitalização, eram realizados no respetivo partograma, no documento de consentimento informado de anestesia e, ainda, no documento relativo ao RN. Foram consultados, previamente, todos os dados importantes que constavam no boletim de saúde individual da grávida e na história clínica realizada.

O pensamento crítico e reflexivo na e sobre a ação dos cuidados prestados, assim como ao nível do tema estudado, tornou-se uma constante ao longo de todo o estágio, através de uma postura pró-ativa e do diálogo com a tutora, as orientadoras e com a equipa multidisciplinar. Por outro lado, a atitude de motivação constante para a aprendizagem, associada ao interesse e à iniciativa, considera-se terem sido fatores de favorecimento e desenvolvimento da aprendizagem. Tornou-se um aspeto determinante no processo formativo, pois acabou por ser o motor de toda a aprendizagem. Uma pessoa motivada aprende mais facilmente, dedica maior energia, implica-se e acaba por apresentar melhores resultados.

As capacidades relacionais e de comunicação foram bastante valorizadas na prática de cuidados e mereceram bastante atenção e investimento. Este aspeto conseguiu-se através do desenvolvimento prévio da capacidade sensório-emocional, pela mobilização dos sentidos na interação com a parturiente/pai/RN/família, atendendo ao seu contexto bio-psico-social e cultural e pela capacidade afetiva na expressão, interpretação e compreensão das emoções, valorizando-se a relação corpo-a-corpo do modelo da corporeidade. Saliente-se a importância desta questão para a concretização do tema estudado, dado que apresentou contributos para a aplicação do instrumento de recolha de dados e para a colaboração das informantes.

O desenvolvimento ao nível das capacidades de tomada de decisão foi conseguido através da identificação das necessidades e do diagnóstico de situação, como etapa fundamental para a definição das prioridades, quer ao nível da prática dos cuidados, quer na formulação e concretização do estudo de cariz investigativo, e manifestou-se através de uma postura de iniciativa, questionamento e argumentação.

Através de intervenções eficazes na resolução de problemas e da emissão de juízos e reflexões sobre as suas implicações ou condicionamentos, a autonomia e a responsabilidade necessárias foram desenvolvidas, de igual forma, no sentido de adquirir competências na prestação de cuidados especializados à mulher/RN /família/comunidade durante o TP e parto.

Por último, mencionam-se as competências desenvolvidas ao nível da responsabilidade profissional, deontológica, ética e legal, que constituíram pilares fundamentais de atuação ao longo de todo o estágio e promotoras de práticas de cuidados que respeitavam os direitos humanos e, concretamente, a intimidade, a privacidade e o consentimento informado da parturiente. Estes aspetos revelaram-se, também, importantes na realização do estudo, pelas questões éticas subjacentes, que se tornam imprescindíveis no âmbito da investigação.

Em conclusão, este estágio revelou-se como uma oportunidade de um grande desenvolvimento profissional, com aquisição das competências específicas, e um momento de partilha e de crescimento pessoal com a equipa multiprofissional interveniente. Acrescente-se que a experiência e o saber da equipa de orientação foram condições preponderantes na construção do perfil de competências do EEESMO em formação, com vista à procura permanente da excelência e valorização profissional, da melhoria dos contextos e do exercício profissional em cuidados especializados em Saúde Materna e Obstetrícia e Saúde Sexual e Reprodutiva.

Saliente-se ainda, que a realização do estágio em *Programa Erasmus* se constituiu uma experiência desafiadora, fundamentalmente, pela sua interculturalidade, exigindo capacidade de adaptação ao contexto e à mobilização de estratégias para atingir os objetivos propostos.

5. CONCLUSÕES

A realização deste ENP constituiu-se numa mais-valia para a aquisição de competências do EEESMO no cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP e parto, de modo a otimizar a saúde da mesma no que se refere ao diagnóstico, prevenção de complicações, atuação em situações de risco e adaptação do RN à vida extrauterina.

A prática de cuidados sustentada pela Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, na qual a dimensão psicológica da parturiente/convivente significativo sempre foi valorizada, assim como os seus sentimentos e comportamentos – o que vai de encontro à forma como a autora descreve a enfermagem, em que valoriza a relação interpessoal da enfermeira com o cliente, que se torna significativa e terapêutica ao funcionar em cooperação com outros processos humanos.

Por outro lado, este ENP constituiu-se, ainda, relevante, pelo desenvolvimento na aquisição das seguintes capacidades: de análise, reflexão e pensamento crítico, cognitivas, técnico-científicas, de autonomia na tomada de decisão, de identificação de necessidades/prioridades, relacionais, de comunicação, socioculturais, éticas e deontológicas.

Considera-se que os objetivos propostos para este estágio foram atingidos, na medida em que se satisfizeram as necessidades pessoais identificadas inicialmente, correspondentes às orientações da OE no que diz respeito às competências do enfermeiro especialista em SMO e aos objetivos da Diretiva Europeia relativos à “*Parteira*”.

O estudo desenvolvido contribuiu positivamente para a compreensão da vivência da mulher relativamente à sua imagem corporal e sexualidade face às alterações corporais da gravidez, e conseqüentemente, concorreu para a evidência da prática na melhoria dos cuidados. Para além disso, permitiu o desenvolvimento de capacidades e competências investigativas, que contribuíram ao nível de sugestões/recomendações para possíveis intervenções futuras na melhoria da prática especializada em SMO e na continuidade da produção de conhecimento através da investigação.

Este estágio constitui-se uma fonte de conhecimentos vastos e promotor de experiências, cujos cuidados de enfermagem tiveram como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e/ou procura atingir e que visam os objetivos fundamentais do exercício da atividade profissional do enfermeiro, com base na promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e reinserção social (OE, 2012). Revelaram-se boas práticas de cuidados, pois os mesmos apresentam significados diferentes para cada pessoa. Deste modo, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

O modelo de cuidados obstétricos é baseado e fundamentado nos referidos pressupostos e, ainda, na premissa de que os acontecimentos de vida que surgem no âmbito do Ciclo Reprodutivo da Mulher, ao nível do Planeamento Familiar e Pré-Concepcional, Gravidez, Parto, Puerpério, Climatério, Ginecologia e da Comunidade em que vivem e se desenvolvem, requerem cuidados com competências específicas. Deste modo, o exercício profissional do EEESMO assume-se pela responsabilidade ao nível de intervenções autónomas no cuidado à mulher de baixo risco e intervenções interdependentes nas situações de médio e alto risco (Ordem dos Enfermeiros, 2010c).

Neste sentido, apesar do ENP ter decorrido em contexto de práticas na sala de parto, valorizou-se a articulação e a continuidade de cuidados entre CSP e CSH, assim como a intervenção ao nível das áreas da saúde sexual, planeamento familiar, preconceção, saúde ginecológica, vigilância pré-natal e transição para a parentalidade, justificando-se, assim, o paradigma da prestação de cuidados – o holismo.

Por outro lado, estudar a problemática vivência da mulher sobre a imagem corporal e a sexualidade face às alterações corporais da gravidez permitiu responder às necessidades evidenciadas ao longo deste ENP e retirar conclusões e futuras perspetivas de intervenção O EEESMO, ao ser responsável pela Saúde Sexual e Reprodutiva da mulher, encontra-se dotado das ferramentas necessárias para intervir, efetivamente, nesse sentido. No entanto, importa reforçar, uma vez mais, a importância da articulação e continuidade dos cuidados.

Considera-se que os CSP são o âmbito excecional para atuar, dado o acompanhamento próximo ao nível de todo o ciclo reprodutivo da mulher. São de salientar as áreas da Consulta Pré-Concepcional e até mesmo de Planeamento Familiar, no sentido da prevenção e da preparação prévia para a gravidez da forma mais saudável possível. Ao nível das Consultas

Pré-Natais e de Puerpério, salienta-se, além da área preventiva, a importância ao nível da melhoria de comportamento e estilos de vida saudáveis, através de intervenções favorecedoras dos mesmos, assim como de estratégias com vista à minimização do impacto das alterações corporais da gravidez na imagem corporal e sexualidade da mulher.

Em conclusão, referir o consciencializar relativo à ampla intervenção nesta área específica, necessária e emergente que, futuramente, se pretende aplicar, no sentido de contribuir para a melhoria contínua e da qualidade dos cuidados ao nível da Saúde Sexual e Reprodutiva e da Saúde Materna e Obstetrícia.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abuchaim, E. & Silva, I. (2006). Vivenciando la lactancia y la sexualidad en la maternidad: Dividiéndose entre ser madre y mujer. *Cuidado e Saúde*, 5. (2), 220-228;
- Afonso, J. (2007). Masculino e feminino: Alguns aspetos da perspetiva psicanalítica. *Análise Psicológica*, 25 (3) 331-342;
- Ahlborg, T.; Lars-Gosta, D. & Lillemor, R. (2005). Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery. *The Journal of Sex Research*, 42., 167-174;
- Alarcão, M. (2002). *(Des)equilíbrios familiares*. (2ª ed.). Coimbra: Edições Quarteto;
- Allgood, M & Tomey, A.; (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem (5ª ed.). Loures: Lusociência;
- Almeida, I. et al. (2005). Sexualidade durante a gravidez. In, *Da divulgação à consolidação do conhecimento: I Encontro de Investigação (65-72)*. Vila Real: Escola Superior de Enfermagem de Vila Real;
- Almeida, L. (2005). Life values inventory: Um estudo com mulheres portuguesas. *Análise Psicológica*, 23. (2), 187-199;
- Ambrósio, P. et al. (2011). Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27. (5), 434-443;
- Andrade, M. (1999). Custos e Benefícios da Maternidade Adiada. *Revista Referência*, (2) 5-12;
- Angus, L., Gonçalves, O & Korman, Y. (2000). *Constructing psychopathology from a cognitive narrative perspective*. Washington: APA Press;
- Antunes, M. (2008). *Relação conjugal no pós-parto: Diferenças de género*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal;
- Apolinário, S.; Cruz, H.; Dias, J. & Patatas, V. (2008). Sexualidade durante a gravidez na perspetiva da mulher grávida: Que intervenção do enfermeiro? *Nursing*, 18. (233),14-18;
- Araújo, L.; Mouta, R. & Proganti, J. (2008). Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Enfermagem*, 12. (1), 45-49;
- Araújo, N.; Gualda, D. & Salim, N. (2010). Corpo e sexualidade: A experiência de um grupo de puérperas. *Revista Latino-Americana*, 18. (4);
- Badinter, E. (1997). *O amor incerto: História do amor maternal do século XVII ao século XX*. Lisboa: Relógio D'água Editores;
- Bagheri, M.; Dorosty, A. & Sadrzadeh-Yeganeh, H. (2013). Pre-pregnancy body size dissatisfaction and excessive gestational weight gain. *Maternal and Child Health Journal*, 17. (4), 699-707;
- Bardin, L. (1988). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Persona;

- Bauer K. et al. (2011). Body satisfaction during pregnancy. *Body Image*, 8. (3), 297-300;
- Bia, F. (2010). Sexualidade pós-parto: A outra face da maternidade. *Nursing*, 22. (260), 8-18;
- Bobak, I. (1999). *Enfermagem na maternidade*. (4ª ed.). Loures: Lusociência;
- Bogdan, R. & Sari, B. (1994). Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto Editora;
- Borges, C. et al. (2005). A sexualidade da mulher no pós-parto. In, *Da divulgação à consolidação do conhecimento: I Encontro de investigação*, (17-24). Vila Real: Escola Superior de Enfermagem de Vila Real;
- Bosgalia, N.; Skouteris, H.; Wertheim, E. (2003). Changes in the body image satisfaction during pregnancy: A comparison of high exercising and low exercising women. *Australia and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 43, 41-45;
- Brazelton, T. (1988). *O desenvolvimento do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas;
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes;
- Brtnicka, H.; Weiss, P. & Zverina, J. (2009). Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy*, 110. (7), 427-458;
- Burroughs, A. (1995). *Uma introdução à enfermagem materna*. (6ª ed.) Porto Alegre: Artes Médicas;
- Cafruni, S. et al. (2003). Da conjugalidade à parentalidade: Gravidez, ajustamento e satisfação conjugal. *Aletheia*, (17-18), 41-52;
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez na maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Carinhanha, J.; Penna, L. & Rodrigues, R. (2007). A mulher no pós-parto domiciliar: Uma investigação sobre essa vivência. *Enfermagem*, 10. (3), 488-543;
- Carpenter, D. & Strenbert, H. (2002). Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista. (2ª ed.). Loures: Lusociência;
- Cárter, B. & McGoldrick, M. (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas;
- Casimiro, M. (2007). *Imagem corporal e relacionamento conjugal no período gravídico e pós-parto*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada da Universidade de Lisboa, Portugal;
- Castilho, S. (2001). *A Imagem Corporal*. São Paulo: Editores Associados;
- CHUIMI (2013). Guia de prática sobre la atención de parto normal. Las Palmas de Gran Canaria: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia/Área de Paritório;
- Cohen L.; Manion, L. (1990). *Métodos de investigação educativa*. Madrid: Editorial la muralla;
- Cohen, L. et al. (1999). Eating attitudes and behaviors in pregnancy and postpartum: global stability versus specific transitions. *Annals of Behavior Medicine* (21), 143-148;
- Coimbra, V.; Ruivo, S.; Silva, E. (2005). A vivência da sexualidade na gravidez. *Sinais Vitais*, (61), 53-54;
- Collado, C.; Lúcio, P. & Sampieri, R. (2003). *Metodologías de la investigación*. (3ª ed.) México: Graw Hill;

- Colman, A. & Colman, L. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri;
- Correia, M. (1998). Sobre a Maternidade. *Análise Psicológica*, 16. (3), 365-371;
- Costa, C. (2000). Autoimagem: Os problemas e a atuação de enfermagem. *Informar*, (21), 34-38;
- Coutinho, E. (2004). A experiência de ser cuidada na sala de partos. *Millenium*, (30), 29-37;
- Cowan, C. & Cowen, A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. New Jersey: Lawrence Erlborum Associates;
- Damásio, A. (2000). O sentimento de si: O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência. Lisboa: Europa-América;
- Delgado, S.; Marin, B. & Ramos, J. (2011). Métodos de investigación y análisis de datos en ciencias sociales de la salud. Pirâmide;
- Dionne, J. & Laville, C. (1999). A construção do saber: Manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed;
- Diretiva nº 9/2009 de 4 de Março. *Diário da República nº 44 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa;
- Dolto, F. (1988). *Psicanálise e Pediatria*. São Paulo: Martins Fontes;
- Duarte, M. (1996). O desenvolvimento da carreira em mulheres: Algumas considerações e implicações no aconselhamento. *Psicologia*, 11. (2), 5-14;
- Enumo, S. et al. (2001). Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 2. (2);
- Fachada, O. (2000). *Psicologia das relações interpessoais*. (3ª ed.) Lisboa: Rumo;
- Fael, M. (2005). O corpo na construção do projeto de vida: Uma visão bioética da sexualidade. *Cadernos de Bioética*, (37), 93-107;
- FAME (2008). Iniciativa al parto normal: Documento de consenso da Federación de Asociaciones de Matronas de España. Barcelona: FAME;
- Ferreira, I. & Pimentel, I. (2005). Ser mãe e ser mulher: Um dilema no feminino. *Nursing*, (202), 15-17;
- Figueiredo, B. & Leal, I; (2007). Género, psicologia e saúde. *Análise Psicológica*, 25. (3);
- Figueiredo, B.; Silva, A. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25. (3), 253-264;
- Fortin, M. (1996). O processo de investigação: Da conceção à realização. Loures: Lusociência;
- Foucault, M. (2002). *Vigiar e punir: Nascimento da prisão*. (26ª ed.) Petrópolis: Editora Vozes;
- Freedman, E. (2003). No turning back: The history of feminism and the future of women. Ballantine Books;
- Fuller-Tyszkiewicz M.; Hill B; Skouteris H. & Watson B. (2012). Body image during pregnancy: An evaluation of the suitability of the body attitudes questionnaire. *BMC Pregnancy Childbirth*, (12), 91;

- Futino, R. (2006). Adoção por homossexuais: Uma nova configuração familiar sob os olhares da psicologia e do direito. *Aletheia*, (24), 149-159;
- Galvão, A.; Lopes, C. & Nogueiró, A. (2004). Intimidade do casal durante a gravidez. *Sinais Vitais*, (57), 34-42;
- Giddens, A. (1994). *Modernidade e identidade pessoal*. Oeiras: Celta;
- Giddens, A. (2000). *Sociologia*. (2ª Ed.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian;
- Gil, A. (1991). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. (3ª ed.). São Paulo: Editora Atlas;
- Goffman, E. (1993). A representação do eu na vida de todos os dias. Lisboa: Relógio D'Água;
- Gomes, A.; Martins, C., & Rebelo, C. (2004). A grávida e a sua sexualidade. *Informar*, 10. (32), 41-44;
- Gómez C.; Sagrario & Moreno P. (2012). The expression of sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Cult. Cuid*, 16. (33), 67-74;
- Gonçalves, O. (1996). Cognição, narrativa e psicoterapia: Teoria de investigação e prática. *Psicologia*, (1), 255-264;
- Graça, L. C. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno: Um estudo quase-experimental*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Portugal;
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno Fetal*. (4ª ed.). Lisboa: Lidel;
- Gutiérrez, L. (2011). *Memoria 2011 de la Unidad Paritorio Puerperio del Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUIMI*. Las Palmas Gran Canaria: CHUIMI;
- Gutiérrez, L. (2012a). *Memoria 2012 de la Unidad Paritorio Puerperio del Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUIMI*. Las Palmas Gran Canaria: CHUIMI;
- Gutiérrez, L. (2012b). *Guía Práctica de Asistencia en Paritorio*. Las Palmas Gran Canaria: CHUIMI;
- Gutiérrez, L. (2013). *Memoria 2013 de la Unidad Paritorio Puerperio del Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUIMI*. Las Palmas Gran Canaria: CHUIMI;
- Habel, J. & Lobiondo, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica, e utilização*. (4ª ed.) Rio de Janeiro: Edição Guanabara;
- Heritier, F. (1998). *Masculino/Feminino: O pensamento da diferença*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Hernandez, J. & Hutz, C. (2008). Gravidez do primeiro filho: Papéis sexuais, ajustamento conjugal e emocional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24.(2);
- Huang, H.; Wang, S. & Chen, C. (2004). Body image, maternal-fetal attachment, and choice of infant feeding method: A study in taiwan. *Birth* 31. (3), 183-187;
- INE (2012). Censos 2011 [Em linha]. *Instituto Nacional de Estadística Web site*. Acedido Dezembro 22, 2013 em <http://www.ine.es/>;
- INE (2012). Censos 2011 [Em linha]. *Instituto Nacional de Estatística Web site*. Acedido Dezembro 22, 2013 em <http://www.ine.pt/>;
- International Council of Nurses (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. (3ª ed.) Switzerland: International Council of Nurses;

- Johnson, C. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum. *Journal Sex Med*, 8. (5), 1285-1291;
- Jordan, K.; Capdevila, R. & Johnson, S. (2005). Baby or beauty: A Q study into post pregnancy body image. *Journal of Reproduction and Infancy Psychology*, 23 (1), 19-31;
- Kitzinger, S. (1996). *Mães: Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença;
- Lakatos, E. et al. (1991). *Fundamentos de metodologia científica*. (3ª ed.) São Paulo: Editora Atlas;
- Latimer, J. (2005). *Investigação qualitativa avançada para enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século;
- Lima, I.; (2003). *O corpo (in)visível em contexto escolar: Impacto na construção da identidade corporal na adolescência*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade do Porto, Portugal;
- Lindhardt C. et al. (2013). The experience of pregnant women with a body mass index >30 kg/m² of their encounters with healthcare professionals. *Obstetric Gynecologic Scand*, 92. (9), 1101-1108;
- Lopes, C. & Nogueiró, A. (2007). Vivência da sexualidade nos trimestres de gravidez. *Sinais Vitais*, (74), 11-14;
- Loureiro, S.; Pasian, S. & Saur, A. (2010). Desenho da figura humana e a avaliação da imagem corporal. *Psicologia em Estudo*, 15. (3);
- Lowdermilk, D. & Perry, S.; (2006). *Enfermagem na maternidade*. (7ª ed.) Nova Iorque: Lusodidatica;
- Maciel, A. & Quintal, A.; (2011). Atitude das grávidas face à sexualidade. *Sinais Vitais*, (95), 47-50;
- Maciel, C. et al. (1995). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Informar*, (10), 24-28;
- Magalhães, L.; Oliveira, S.; Ribeiro, S. & Soares, R. (2007). Sexualidade na gravidez. *Ecos de Enfermagem*, 37. (262), 10-11;
- Markey, C. et al. (2004). Understanding women's body satisfaction: The role of husbands. *Sex Roles*, (51), 3-4.;
- Mehta U.; Herring A. & Siega-Riz A. (2011). Effect of body image on pregnancy weight gain. *Maternal and Child Health Journal*, 15.(3), 324-332;
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company;
- Mercer, R. (2004). Becoming mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36.(3), 226-232;
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Guía práctica clínica sobre la atención al parto normal en el SNS*. España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco;

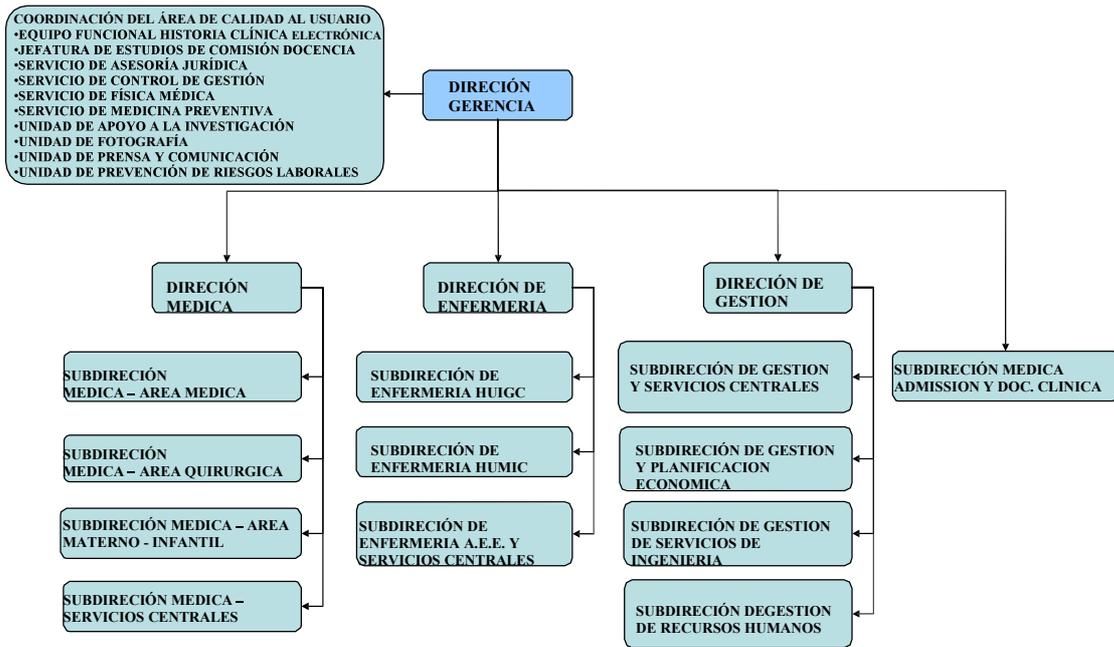
- Nakic, R. et al. (2013). Limited role of body satisfaction and body image self-consciousness in sexual frequency and satisfaction in pregnant women. *Journal of Sex Research*, 1-10;
- Nystrom, K. & Orhrling, K.; (2004). Parenthood experiences during the child's first year. *Journal of Advanced Nursing* 46.(3), 319-330;
- Ordaz, O. (2011). O uso das narrativas como fonte de conhecimento em enfermagem. *Pensar enfermagem*, 15. (1), 70-87;
- Ordem dos enfermeiros. (2010a). *Proposta de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros. (2010c). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Organización Mundial de Salud. (1996). *Cuidados en el parto normal: Una guía práctica*. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva;
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório mundial da saúde - saúde mental: Nova conceção, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde;
- Organização Mundial de Saúde (2007). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices*. Geneve;
- Overcash, J.; Investigação narrativa uma metodologia viável para a enfermagem clínica. *Servir*, 53. (6), 288-296;
- Parker, J. & Wiltshire, J. (2005). Investigando história e narrativa na enfermagem: Uma abordagem objeto-relações. In Latimer, J., *Investigação qualitativa avançada para enfermagem*,(109-126). Lisboa: Instituto Piaget;
- Patel, P. et al (2005). Concerns about body shape and weight in the postpartum period and their relation women's self identification. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23. (4), 347-364;
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referência conceptual para enfermería psicodinamica*. Salvat Editores;
- Pinto, J. et al. (2005). Os mitos e as crenças da mulher sobre a sexualidade durante a gravidez. In, *Da divulgação à consolidação do conhecimento: I Encontro de investigação*, (35-42). Vila Real: Escola Superior de Enfermagem de Vila Real;
- Polit, D; Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas;
- Polkinghtorne, D. (1995). *Narrative configuration in qualitative analysis: Life history and narrative*. London: The Falmer Press;

- Portelinha, C. (2003). *Sexualidade na gravidez: Estudo descritivo realizado numa amostra de mulheres do distrito de Coimbra*. Coimbra: Edições Quarteto;
- Portugal. (1991). *Comissão para a igualdade e para os direitos das mulheres: Situação das mulheres*. Lisboa: Comissão para a igualdade e para os direitos das mulheres;
- Portugal, Ministério do Emprego e da Segurança Social. (1991). *Maternidade: Mitos e realidades*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e Para os Direitos das Mulheres;
- Portugal, Ministério de Saúde. (2000). [Em linha]. *Direção Geral de Saúde Web site*. Acedido Dezembro 22, 2013 em <https://www.dgs.pt/>;
- Regulamento nº 127/2011 de 18 Fevereiro. *Diário da República nº 35 - II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa;
- Reis, F. (2011). Ouvir para cuidar: A importância da narrativa. *Hospitalidade*, 75. (292), 34-38;
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento;
- Renaud, I. (2007). O corpo vivido: Metamorfoses da imagem. *Cadernos de Bioética*, (3), 249-261;
- Ribeiro, A. (1995). *Fugir à norma: Aparências e prazeres*. Porto: FPCEUP;
- Ribeiro, A. (2003). *O corpo que somos: Aparência, sensualidade, comunicação*. Lisboa: Editorial Notícias;
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. (3ª ed.). LIVPSIC;
- Ruddick, S. (2002). *Maternal thinking: Toward politics of peace*. Boston: Beacon Press;
- Sanchez, A. & Siña, E. (1999). *Obstetrícia*. (3ª ed.). Mediterrâneo: Santiago de Chile;
- Santos, R. (2008). Alteração da imagem corporal. *Enfermagem*, (51/52), 20-26;
- Sexualidade. (2000). Lisboa: Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Souza, D. & Ferreira, M. (2005). Autoestima pessoal e coletiva em mães e não-mães. *Psicologia em Estudo*, 10. (1), 19-25;
- Sullerot, E. (1999). *A Família: da crise à necessidade*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Tavares, M. et al. (2010). Avaliação perceptiva da imagem corporal. *Psicologia em Estudo*, 15. (3);
- Tigermann, M. (2003). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image*, (1), 29-41;
- Toffler, A. (1980). *A terceira vaga*. Lisboa: Livros do Brasil;
- Trutnovsky G; Haas J; Lang U. & Petru E. (2006). Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Obstetric Gynecolog*, 46. (4), 282-289;
- Tubert, S. (1993). *La construcción de la feminidad y el deseo de ser madre*. Madrid;
- Walker, L. (1998). Weight-related distress in the early months after childbirth. *Western Journal of Nursing Research*, 1. (20), 30-44;

- Woertman, L. & Van, F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior. *Journal of Sex Research*, 49.(2), 184-211;
- Yeniél A. & Petri E. (2014). Pregnancy, childbirth, and sexual function: Perceptions and facts. *Urogynecology Journal*, 25.(1), 5-14;
- Yildiz, H. (2013). The relation between pregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: A prospective study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 7. (4), 108-120.

ANEXOS

ANEXO A – Organigrama do CHUIMI



APÊNDICES

NARRATIVA

Esta narrativa surge no âmbito de um estudo enquadrado nos objetivos do Estágio de Natureza Profissional, integrado no Curso de Mestrado da Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia, realizado pela aluna Susana de Oliveira Araújo.

O tema a estudar diz respeito à vivência da mulher relativamente à sua imagem corporal e à sexualidade, face às alterações corporais da gravidez.

Agradeço a sua colaboração, mantendo-se garantido total respeito pela sua confidencialidade.

1. Desde que engravidou até à atualidade, o seu corpo sofreu naturalmente várias alterações decorrentes da gravidez. Face a essas alterações descreva como vivenciou este processo relativo à sua imagem corporal e sexualidade. Nesta descrição poderá ter em conta as alterações corporais que sentiu, aquelas que lhe pareceram mais significativas, quer para a sua imagem corporal quer para a sexualidade, e ainda se utilizou alguma estratégia.

2. Após o nascimento do seu filho(a), o seu corpo passará por novas modificações às quais terá que se adaptar, ao que designamos de período pós-parto. Descreva quais as expectativas que apresenta, relativamente à sua imagem corporal e à vivência da sua sexualidade para esta nova fase.

APÉNDICE B – Parecer da Comissão de Ética do CHUIMI

23/09/2013 12:17 928-444-883 HMI SUB ENF PAG. 02/02
 11/08 2013 12:00 020491093 FAX NEUMULUBIA #1615 P.001/001

Servicio Canario de la Salud
 COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
 INSULAR - MATERNO INFANTIL
 Las Palmas de Gran Canaria

Gobierno de Canarias

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN POSTGRADO

Título del Proyecto: Impacto de las alteraciones hormonales maternas en su
 Motivo del Estudio: Master en la Especialidad de Salud Materno y Obstetra *ingen cos sexual*

Investigador Principal

Nombre y Apellidos: Susana de Oliveira Anaujo
 D.N.I.: 12752239 Teléfono de Contacto: 722329605
 Categoría Profesional: IR Materna Servicio: Panorama
 HUIGC HUMIC Extrahospitalaria
 Otros: _____ Centro: _____

Tutor (si el investigador es residente)

Nombre y Apellidos: Augusta Delgado (tutora a la distancia)
 D.N.I.: _____ Teléfono de Contacto: Residente en Erasmus *
 Categoría Profesional: Matrona Servicio: Postnatal
 * augustadelgado@ess.ipvc.pt

Coautores: _____

Solicito autorización a la Comisión de Formación Continua, Docencia e Investigación del CHUIMI para la realización de un trabajo de investigación y su difusión en publicaciones o foros científicos.

A tal fin examinaré las historias clínicas facilitadas a fin de capturar datos de carácter estadístico, comprometiéndome al cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 14/86 General de Sanidad y Ley Orgánica 5/92, 15/99 y 41/02 en lo que afecta a la confidencialidad, secreto y conocimiento de variables personales y demás.

Adjuntar a este documento una breve referencia de los objetivos de la Investigación y metodología, así como cualquier encuesta que desea realizar.

A tal efecto firmo la solicitud a Las Palmas de Gran Canaria a 19 de septiembre de 2013

<p>Susana Anaujo</p> <p>Fdo. Interesado/a Fecha <u>19/09/2013</u></p> <p>SEVICIO CANARIO DE LA SALUD COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR - MATERNO INFANTIL LAS PALMAS DE GRAN CANARIA</p>	<p>Vº Bº Unidad Apoyo Investigación Fecha <u>1/10</u></p>	<p>Vº Bº Comisión de Formación Continua, Docencia e Investigación Fecha <u>1/10</u></p>
---	--	--

APÊNDICE C – Quadros matrizes de redução dos dados resultantes da análise de conteúdo dos discursos das informantes

Quadro 1 – Categorias, subcategorias e unidades de análise da área temática: Vivência da mulher relativamente à imagem corporal face às alterações corporais da gravidez

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
<p>Satisfação com a Imagem Corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do Tamanho do Útero e Mama • Movimentos Fetais e/ou Presença do Feto in Útero 	<p>“(…) como positiva ,o crescimento paulatino da barriga (…)” (13)</p> <p>“(…) à medida que a gravidez avançava, o aumento da barriga foi positivo (…)” (14)</p> <p>“(…)foi bom ver o aumento da minha barriga (…)” (16)</p> <p>“(…) o aumento da barriga e aumento das minhas mamas foram o mais positivo.” (17)</p> <p>“Como positivas, destaco a barriga e os seios (…), a comparação ocorria naturalmente, mas sempre encarada positivamente pelo estado único que estava a viver.” (111)</p> <p>“(…) como muito positivo, o sentir os movimentos do meu bebé” (13)</p> <p>“(…) comecei a sentir os movimentos do meu bebé dentro de mim que me pareceu maravilhoso (…)</p> <p>Sentir o meu bebé a mexer-se dentro de mim foi o mais positivo que senti.”, “Sentia-me bem e feliz porque era isso que eu queria, e era fantástico sentir o meu bebé a mexer-se, estava desejosa que terminasse para o poder conhecer (…)” (14)</p> <p>“(…) as sensações de sentir o meu bebé foram muito positivas.” (15)</p> <p>“Estava contente com esta mudança, uma vez que já há algum tempo desejava engravidar, sentia-me feliz ao sentir a minha bebé a crescer e ao sentir a magia de sentir um ser dentro de mim.” (16)</p> <p>“(…)sentir do meu bebé a mexer que foi ainda mais positivo” (17)</p> <p>“Alegria e satisfação, já que cada dia que passava se desenvolvia um ser dentro de mim (…)</p> <p>mentalidade de poder procriar o meu filho.” (19)</p>

<p>Insatisfação com a Imagem Corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do Tamanho do Útero e Mama • Presença de Estrias Gravídicas • Presença de Veias Varicosas e/ou Edema Fisiológico 	<p>“Mas como positivo sentir a minha bebé dentro de mim traz-me muita alegria, é como um mistério da natureza, que me parece incrível.” (110)</p> <p>“(…) orgulhosa e muito feliz pela relação que essa mudança tinha com o novo ser que estava misteriosamente a desenvolver-se dentro de mim.” (111)</p> <p>“Como negativo, no final da gravidez, a limitação da independência física associada ao crescimento da barriga (...) a única coisa que me comparava era a falta de independência que comecei a apresentar em certos aspetos devido às minhas mudanças físicas do corpo.” (13)</p> <p>“(…) a dependência física que senti mais no final da gravidez foi o único obstáculo que tive que aprender a gerir da forma mais adequada.” (16)</p> <p>“(…) o aumento de mamas custou-me a adaptar, pois estão muito sensíveis e muitas vezes me incomoda.”, “O aumento do peso corporal, foi difícil ver-me mais gorda, uma vez que sempre fui desportista e sempre estive em forma.” (18)</p> <p>“Como alterações negativas (...) as estrias que me foram aparecendo, mesmo com os vários cremes que usei, foram inevitáveis.” (16)</p> <p>“(…) às vezes sentia-me estranha porque não sentia que era realmente o meu corpo (...) de negativo, as estrias e as varizes que sei que já não desaparecerão.” (17)</p> <p>“(…) às vezes sentia-me estranha porque não sentia que era realmente o meu corpo (...) de negativo, as estrias e as varizes que sei que já não desaparecerão.” (17)</p> <p>“(…) como negativas, os pés e as pernas edemaciadas.” (11)</p>
--	---	---

Sentimentos de

Ambivalência com a Imagem Corporal

“(...) sempre comparava o meu corpo na gravidez com o corpo que tinha anteriormente a este e ,às vezes, olhava-me ao espelho e via-me super feia, e isso baixava-me muito a moral, mas outras vezes via-me muito muito bonita, com um brilho especial e não me lembrava de como era o meu corpo antes da gravidez” (11)

“Sentia-me, em geral, bem com o meu corpo, apesar de estar tão gorda. Apesar de que quando ia as consultas da “matrona” me fazia sentir muito mal. (12)

“Não me comparava muito porque sabia que era uma decisão minha e estava contente com ela, valeria a pena passar por essas transformações pelo meu filho, sem dívida nenhuma. Claro que ao início me custava ver a transformar-me, mas a partir do momento em que o senti a mexer-se sabia que era um milagre da natureza.” (14)

“Estava emocionada com a gravidez, a evolução, e via como o meu corpo ia mudando com as semanas; às vezes, gostava de me ver, outras nem tanto... era estranho, e às vezes sentia que não era realmente eu...”, “(...) comparava-me inevitavelmente. A maioria das vezes contente, porque gostei de me ver grávida, embora outras vezes nem tanto, tinha dívidas se o meu corpo voltaria a estar como antes.” (15)

“Quando comecei a ver a minha barriga a crescer, tive um sentimento de estranheza porque me parecia quase mentira que isso estivesse a acontecer comigo, como que não me sentia identificada no meu corpo... mas à medida que a gravidez foi avançando, gostei muito de me sentir grávida, sentia-me muito feliz e maravilhada.” (16)

“Senti-me contente ao ver o meu corpo passar por estas transformações, visto ser uma gravidez desejada há já bastante tempo; às vezes, sentia-me estranha porque não sentia que era realmente o meu corpo.” (17)

“Ao início foi um pouco esquisito e raro ver-me assim, mas com o passar dos dias, fui-me adaptando a essa nova imagem.” (18)

“Numa primeira etapa da gravidez, custou-me adaptar mais à mudança física. A partir do segundo trimestre, assumi as mudanças no meu corpo, apesar de que é certo que me cuidei bastante no que toca a alimentação para que o aumento de peso não fosse muito elevado.” (112)

Quadro 2 – Categorias, subcategorias e unidades de análise da área temática: Vivência da mulher relativamente à imagem corporal face às alterações corporais da gravidez

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
<p>Comportamento Sexual Satisfatório</p>		<p><i>“Pois no campo sexual, este foi bastante afetado com a minha gravidez, mas eu e o meu marido tentamos levar isso mais ou menos bem.”</i>, <i>“Sentia-me bem. Não me preocupava não ter apetite sexual.”</i> (12)</p> <p><i>“Acho que, de uma forma geral, não houve grande alteração da nossa sexualidade. Sempre tivemos bastante entendimento neste sentido e daí que nesta fase apenas tivemos algumas pequenas adaptações. Por outro lado, o amor e a cumplicidade que temos na nossa relação, assim como o facto de ser uma gravidez tão desejada, fizeram com que a nossa relação ainda se intensificasse mais. As pequenas mudanças foram aceites de uma forma muito positiva, pois permitiram que a nossa relação, como casal, se fortalecesse ainda mais”</i>, <i>“(…) ajudou a que estas pequenas mudanças fossem encaradas de uma forma muito positiva e mesmo construtiva, como casal.”</i> (16)</p> <p><i>“Por sorte, a nossa relação não sofreu alterações a este nível, apenas nos adaptamos a pequenas mudanças.”</i>, <i>“Com o meu companheiro falamos abertamente, já antes da gravidez, acerca destas possíveis mudanças, daí que não sentimos grandes alterações, porque já nos tínhamos preparado.”</i> (18)</p> <p><i>“O aumento da barriga foi uma das alterações principais, mas que não foi impeditivo de entre mim e o meu cônjuge vivermos a nossa vida sexual com normalidade”</i>, <i>“O equilíbrio emocional que ambos tínhamos, levou a que a nossa vida sexual até ao fim da gravidez fosse normal.”</i>, <i>“Acréscimo até que o facto de eu ter uns seios muito desenvolvidos era um estímulo muito positivo para ambos.”</i> (11)</p>

<p>Comportamento Sexual Constrangedor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do Tamanho do Útero e Mama • Movimentos Fetais e/ou Presença do Feto in Útero • Presença de Estrias Gravídicas • Aumento do Peso Corporal 	<p>“No meu caso, a atividade sexual diminuiu de forma considerável (...) porque com a barriga não me via nada sexy e não me apetecia, além de que me parecia muito incômodo.” (11)</p> <p>“(...) à medida que a gravidez foi avançando, sim, tivemos problemas: não tínhamos relações tão seguidas, a barriga e os desconfortos interferiram e a incomodidade do tamanho da barriga.” (15)</p> <p>“As minhas mamas estavam bastante mais sensíveis e isso incomodava-me de alguma maneira...e também as estrias no meu corpo e o aumento da barriga não me faziam sentir muito cómoda como antes.” (17)</p> <p>“(...) era o meu marido que tinha receios de poder magoar o bebé e isso(...)” (14)</p> <p>“(...) no segundo e terceiro trimestre, por medo, por parte do meu marido a provocar dano ao bebé. (...) (112)</p> <p>“(...) isso incomodava-me de alguma maneira... e também as estrias no meu corpo (...) não me faziam sentir muito cómoda como antes.” (17)</p> <p>“Para mim, não sinto que tenha interferido muito, mas acho que não sou tão atraente para o meu marido como antes, penso que devido (...) às estrias” (19)</p> <p>“(...) não me senti muito bem, porque não sabia se isso era mesmo verdade ou se ele já não me via da mesma forma que antes.” (14)</p> <p>“Senti que talvez não era tão atraente para o meu marido, e isso causava-me uma certa tristeza porque via que ele não me procurava como antes...fazia-me sentir um pouco mal, mas também pensava que era uma fase e que valia a pena.” (17)</p> <p>“Para mim, não sinto que tenha interferido muito, mas acho que não sou tão atraente para o meu marido como antes, penso que devido ao excesso de peso.”, “Senti-me um pouco mal, por ver que o meu marido já não me procurava da mesma forma como antes.” (19)</p> <p>“O aumento excessivo de peso, acho que não me ajudou, porque não me sentia como antes e acho que o meu companheiro, apesar de me dizer que eu estava bem, sentia que já não era igual a antes (...) eu continuava a</p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas e Vômitos • Declínio de Desejo Sexual 	<p>achar que não estava a corresponder às expectativas dele como antes.”, “Senti-me mal porque sabia que nesse campo as coisas tinham mudado bastante (...) eu sabia que, se calhar, não o estava a satisfazer como ele gostaria e, se calhar, já não via em mim aquela atração que tinha antes.” (110)</p> <p>“Um estado anímico mais baixo e tristeza, e também a determinado momento cheguei a pensar que o meu marido já não sentia atração nem desejo por mim, o que aumentava ainda mais a minha tristeza.(...) Menor assiduidade nas relações sexuais (...) eu continuava a achar que não o atraía como antes.” (112)</p> <p>“No meu caso, a atividade sexual diminuiu de forma considerável (...) durante o primeiro trimestre, encontrava-me sempre com náuseas e vômitos.” (11)</p> <p>“A minha vida sexual diminuiu bastante (...) também pelas náuseas e os vômitos que tinha ao início.”; “Depois, quando me passaram as náuseas, isso passou-me (...)” (14)</p> <p>“No meu caso, a atividade sexual diminuiu de forma considerável, devido a que não tinha apetite sexual.” (11)</p> <p>“A minha vida sexual diminuiu bastante. Primeiro, porque eu não tinha tanta vontade como antes (...)”, “Ao início não me sentia muito bem, mas pelo meu marido, porque eu não tinha vontade, mas o mesmo não lhe acontecia a ele.” (14)</p> <p>“Senti-me mal, porque sentia que talvez o meu companheiro tinha mais desejo sexual que eu e não sentia muita vontade.” (15)</p> <p>“Além de que a vontade e o desejo sexual diminuíram bastante.” (17)</p>
--	--	---

Quadro 3 - Categorias, subcategorias e unidades de análise da área temática: Estratégias utilizadas pela mulher face às alterações corporais da gravidez

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
<p>Centradas na Vivência da Sexualidade na Gravidez</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo no Relacionamento Conjugal • Manifestação de Afeto pelo Companheiro 	<p><i>“Desabafar os meus sentimentos de desassossego, chorando e falando com o meu marido (...)” (13)</i></p> <p><i>“E o diálogo, assim como a nossa cumplicidade (...) ajudaram a que estas pequenas mudanças fossem encaradas de uma forma muito positiva e mesmo construtiva como casal.” (16)</i></p> <p><i>“As pequenas mudanças que sentimos foram resolvidas através do diálogo entre ambos (...)” (18)</i></p> <p><i>“Falcávamos muito porque acho que através da comunicação entre os dois se podem resolver os problemas, ele fazia-me ver que não lhe preocupava essa situação (...)” (110)</i></p> <p><i>“Falar com o meu marido e tentar entendê-lo. Apesar de que por mais que ele me dissesse que estava relacionado com magoar o bebé, eu continua a achar que não o atraía como antes.” (112)</i></p> <p><i>“(...) porque sentia maior necessidade de proteção e meiguices do que propriamente de sexo em si.” (14)</i></p> <p><i>“(...) foi mais a cumplicidade e o carinho com o meu companheiro, mais do que os atos sexuais em si.” (15)</i></p> <p><i>“Apesar da nossa relação em termos sexuais ter diminuído durante a gravidez, ele estava sempre preocupado em dar-me muito carinho e a fazer sentir-me bem.”, “(...) o meu companheiro quer fazer-me sentir bem, sempre apoiando-me e dando-me carícias, que realmente nesse momento era o que eu mais precisava e mais me satisfazia.”, “Era muito carinhoso comigo e era o que mais me fazia falta e eu mais gostava nesse momento. (110)</i></p> <p><i>“Sentia necessidade de maior carinho da parte dele, mas também sabia que os meus estados de ânimo variavam muito, e sentia as coisas numa dimensão maior que antes.” (112)</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração dos Posicionamentos Sexuais 	<p>“Realizar alguma atividade sexual sem penetração.” (12)</p> <p>“Adaptamo-nos à minha condição física, procurando alternativas na vivência da nossa sexualidade, nomeadamente ao nível dos posicionamentos.” (16)</p> <p>“(…) mudanças de posturas sexuais, normalmente de lado para não pressionarmos o abdómen.” (18)</p> <p>“A principal estratégia teve a ver com descoberta de posições diferentes que nos proporcionavam prazer e bem-estar.” (11)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Aguardar o Término da Gravidez 	<p>“(…) e também marcar como data final da gravidez como o fim de uma etapa que me tocou viver.” (13)</p> <p>“Aguardar ao final da gravidez (…)” (14)</p> <p>“Esperar que a gravidez terminasse e aceitar esta fase com uma fase normal e passageira.” (17)</p> <p>“Nada, apenas esperar que com o terminar da gravidez as coisas voltem de novo ao que eram.” (19)</p> <p>“(…) esperaríamos o terminar da gravidez.” (110)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Preparação para o Parto e para a Parentalidade 	<p>“(…) a preparação que tínhamos em termos das aulas de preparação para o parto e mesmo a nossa formação, ajudaram a que estas pequenas mudanças fossem encaradas de uma forma muito positiva e mesmo construtiva como casal.” (16)</p>

<p>Centradas na Recuperação da Imagem Corporal Pré-Gravídica no Período Pós-Parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações na Alimentação • Prática de Exercício Físico • Amamentação 	<p>“Espero ter uma rápida recuperação física que me faça recuperar a independência de antes, para isso vou começar a ter mais cuidado com a minha alimentação (...)” (13)</p> <p>“Que o meu corpo volte ao estado normal antes da gravidez (...) começarei a minha dieta.” (15)</p> <p>“Claro que também vou começar a ter muito cuidado com o que como (...) para perder o peso que ganhei o mais depressa possível.” (110)</p> <p>“Espero ter uma rápida recuperação física que me faça recuperar a independência de antes, para isso vou (...) e fazer as minhas caminhadas de antes.” (13)</p> <p>“Espero que o meu corpo volte à normalidade e a ser como era antes da gravidez. Vou-me começar a cuidar a partir de agora, e ir para o ginásio quando puder para recuperar rapidamente.” (14)</p> <p>“(...) mal me veja com capacidade física voltarei de novo para o ginásio (...)” (15)</p> <p>“Quando me sinta mais recuperada fisicamente, começarei a praticar exercício físico moderadamente.” (16)</p> <p>“(...) voltarei a praticar exercício físico, como antes, o mais rápido possível.” (18)</p> <p>“Mal possa, voltarei a fazer natação e a correr diariamente, para perder o peso que ganhei.” (110)</p> <p>“(...)pretendo amamentar exclusivamente e daí que sei que me favorecerá também a mim neste sentido.” (16)</p> <p>“Por outro lado, sei que com a amamentação também será mais fácil recuperar a minha forma física.” (111)</p>
--	--	--

Quadro 4 - Categorias, subcategorias e unidades de análise da área temática: Expectativas da mulher face às alterações corporais da gravidez, para o período pós-parto

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
<p>Centradas na Imagem Corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> Regressão do Corpo ao Estado Pré-Gravídico 	<p><i>“Que aos poucos o meu corpo volte a ser como era antes” (11)</i></p> <p><i>“Nunca me comparei, nem me angustiei com o peso. Agora, recém ter dado a luz, é quando realmente me vejo gorda e me geram mais inquietude e mal-estar os quilos.”, “Espero recuperar a minha silhueta o mais rápido possível, apesar de que sei que vai demorar...mas farei de tudo para voltar a estar como antes. (12)</i></p> <p><i>“Espero ter uma rápida recuperação física que me faça recuperar a independência de antes (...) (13)</i></p> <p><i>“Espero que o meu corpo volte à normalidade e a ser como era antes da gravidez. (14)</i></p> <p><i>“Que volte ao estado normal antes da gravidez (...) (15)</i></p> <p><i>“Espero ter uma boa recuperação no pós-parto, pretendo amamentar exclusivamente e daí que sei que me favorecerá também a mim nesse sentido.” (16)</i></p> <p><i>“(...) talvez agora me preocupe mais, e quero que o meu corpo volte a ser como antes.”, “Espero que volte à normalidade, que volte a ser eu como era antes de engravidar.” (17)</i></p> <p><i>“Que volte rapidamente ao seu estado anterior (...) (18)</i></p> <p><i>“Espero que possa recuperar o meu peso anterior, embora saiba que não é muito fácil...” (19)</i></p> <p><i>“Espero mesmo que volte a ser como era antes, mas tenho medo que o meu companheiro não me ache tão elegante como antes e que não volte a ficar com o corpo como o tinha. (110)</i></p> <p><i>“Tentar voltar à minha forma física anterior o mais rápido possível. Farei tudo para isso, e acho que não será muito difícil porque quando quero alguma coisa, normalmente, consigo-a facilmente.” (112)</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Resignação pelo Corpo Atual 	<p>“Embora saiba que as estrias dificilmente não me irão desaparecer por completo, aceito de forma saudável e completamente natural estas mudanças que, inevitavelmente, se registam no corpo da mulher, pois sem dívida que vale a pena.” (16)</p> <p>“Apesar de que sei que as estrias e as varizes vão ser muito difíceis de perder... mas pronto, também acho que é normal que depois de ter um filho, por mais que custe e tente, o corpo dificilmente volta a ser como era.” (17)</p> <p>“Espero que possa recuperar (...) embora saiba que não é muito fácil...principalmente as estrias, sei que ficarei com elas...” (19)</p> <p>“Espero que o meu corpo, com o tempo, volte à normalidade, embora aceite com naturalidade que irá ficar diferente do que tinha antes de engravidar, pois tenho consciência que foi por uma boa causa.” (11)</p> <p>“Só espero que volte a ser como era antes de ter ficado grávida. ” “Que aos poucos volte naturalmente o meu apetite sexual e a minha vida volte a ser como era antes.” (11)</p> <p>“Na gravidez tudo tem uma causa, mas quando dás à luz queres que tudo volte à normalidade, o quanto antes, e sinto medo de continuar a não ter apetite sexual.” (12)</p> <p>“Desejo recuperar o tempo perdido e aumentar a cumplicidade com o meu marido. Pelo menos que não se vejam alteradas as relações, que se mantenha igual a antes da gravidez.” (13)</p> <p>“Que voltemos a ter a mesma sexualidade como tínhamos antes de engravidar, mas isso ainda demorará o seu tempo, como é normal, e nesse aspeto não me sinto com pressa porque, sinceramente, não sinto vontade, e tenho algum receio que esta vontade não se recupere com o tempo, mas espero que sim e que volte tudo à normalidade aos poucos.” (14)</p> <p>“Espero que tudo volte à normalidade (...)” (15)</p> <p>“Espero que, pelo menos, a nossa relação não se veja alterada nesse sentido e tudo o que perdemos durante a gravidez possa vir a ser como antes, quando o meu corpo recuperar...” (17)</p> <p>“Espero também voltar à normalidade de antes, e que me sinta de novo atraente para o meu companheiro.” (19)</p>
<p>Centradas na Sexualidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retorno do Padrão da Sexualidade Anterior à Gravidez 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Apreensão pela Passagem da Conjugalidade à Parentalidade 	<p>“Espero que volte a ser como era antes, que o meu corpo recupere rapidamente e que não tenhamos problemas.”, “Espero também que o meu apetite sexual volte a ser como era antes” (I10)</p> <p>“Quanto ao facto de poder ficar com as formas mais arredondadas, tentarei lidar bem com a situação e espero não ser motivo de retração relativamente à vida sexual, que espero retomar a seu tempo, uma vez que o equilíbrio emocional entre mim e o meu cônjuge será a base para que tudo volte à normalidade.” (I11)</p> <p>“Recuperar a minha vida sexual o mais rápido possível, mal me encontre fisicamente recuperada.” (I12)</p> <p>“Espero que tudo volte à normalidade, apesar de que acho que agora já não estamos sós e o nosso filho vai ocupar muito do nosso tempo, daí que penso que será difícil ser igual a antes.” (I5)</p> <p>“Espero que continue a intensificar-se, nomeadamente em termos da nossa união como casal, apesar de que tenho um certo receio que agora com o nascimento já não somos apenas os dois, e não teremos tanto tempo para nós como antes. Talvez essa seja realmente a mudança mais marcante e a adaptação mais desafiante.” (I6)</p> <p>“(…) apesar de que sei que agora com a nossa bebé as coisas já não serão iguais, teremos outras preocupações.” (I10)</p> <p>“Relativamente aos seios, que até aqui faziam parte de mim e do meu cônjuge, vão ser apenas para a minha filha, ou seja, haverá uma transferência natural pelo facto de eu querer amamentá-la, o que me deixará feliz.” (I11)</p>
--	---	---

