



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O IMPACTO DA EPISIOTOMIA NA FUNÇÃO SEXUAL DA MULHER

Aluna: Lic. Sara Isabel da Fonseca Ribeiro

Bragança, dezembro, 2024

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O IMPACTO DA EPISIOTOMIA NA FUNÇÃO SEXUAL DA MULHER

Relatório de Estágio de Natureza Profissional de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança no âmbito do Consórcio com o Instituto Politécnico de Viana do Castelo e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, ao abrigo do Despacho n.º 12705/2022 em Diário da República, 2.ª série — N.º 211 — 2 de novembro de 2022.

Aluna: Lic. Sara Isabel da Fonseca Ribeiro

Orientadoras: Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia

Professora Ana Fernanda Ribeiro Azevedo

Bragança, dezembro, 2024

Ribeiro, S.I.F. (2024). O impacto da episiotomia na função sexual da mulher. Relatório de Estágio de Natureza Profissional. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

Palavras-chave: Comportamento sexual; Episiotomia; Mulher; Função sexual; Sexualidade.

A seguinte parte do presente relatório ENP (Artigo) foi publicado (submetido):

Ribeiro, S.I.F., Correia, T.I.G., & Azevedo A.F.R. (2024). O Impacto da episiotomia na função sexual da mulher. Revista Servir. Portugal

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, marido e filhas em reconhecimento ao apoio constante e amoroso que me proporcionaram ao longo de toda a minha trajetória. A vocês, minha eterna gratidão e carinho.

Agradecimentos

Ao longo deste percurso académico, especialmente nesta etapa, muitos contribuíram para alcançar este objetivo. Quero expressar os meus sinceros agradecimentos a todos eles.

Assim, agradeço às minhas orientadoras, Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia e Professora Ana Fernanda Ribeiro Azevedo, pela sua disponibilidade, incentivo, partilha de conhecimentos valiosos e orientação constante durante o Curso do Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica.

Às Enfermeiras Ana Cristina Almeida e Enfermeira e Diana Leite agradeço pela sua prontidão, cooperação e assistência ao longo de todo o desenvolvimento do estudo no Serviço de Obstetrícia.

A toda a equipa do Bloco de Partos da ULSTS pela forma como fui recebida e integrada, em especial ao Enfermeiro Floriano Cunha, às Enfermeiras Isabel Félix, Ana Paula Ramos, Carla Cunha e Rita Pedrosa, pela dedicação exemplar durante o meu Estágio de Natureza Profissional. Agradeço pela confiança no meu trabalho, orientação constante e valiosas contribuições que servirão de alicerce para o meu futuro.

À minha família, pelo suporte contínuo, compreensão e confiança depositada.

À Isa Madaleno, Alicia López e Joana Sousa, pelas palavras de encorajamento nos momentos difíceis, pela assistência constante, paciência e pelo carinho demonstrado em todos os momentos. À Fátima Coutinho, Sílvia Alves e Cármen Silva pelo apoio durante estes dois anos de curso.

Gostaria de expressar meu mais sincero agradecimento ao Instituto Politécnico de Bragança e à Escola Superior de Saúde por todo o apoio e recursos disponibilizados ao longo desta jornada. O empenho e dedicação de toda a equipa do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica foram fundamentais para o meu desenvolvimento académico e profissional.

Por último, mas não menos importante, quero estender os meus agradecimentos às puérperas que gentilmente concordaram em participar neste estudo. Sem a participação delas, este trabalho não teria sido realizado.

“A enfermagem é uma arte, e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor.”

Florence Nightingale (1871)

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	10
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	11
ABSTRACT	14
1. Contextualização do Estágio de Natureza Profissional	16
1.1. Caraterização da Organização do Bloco de partos da ULSTS	18
2. Análise Crítica/Reflexiva das Atividades Desenvolvidas e da Aquisição e Desenvolvimento de Competências	22
2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	22
2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Experiências Mínimas para aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	24
3. Análise Crítica e Reflexiva do Estágio de Natureza Profissional	34
4. Estudo de Investigação – Impacto da Episiotomia na Função Sexual da Mulher	36
4.1 Introdução	36
4.1.1 Episiotomia e os seus Reflexos	36
4.1.2 Função Sexual	40
4.1.3 Intervenção do EESMO com a mulher/casal no pós-parto	42
4.2 Justificação do Estudo.....	44
4.3 Importância do Estudo para a População Alvo	45
4.4 Impacto da Investigação.....	45
4.5 Questão de Investigação.....	46
4.6 Objetivo Geral.....	46
4.7 Objetivos Específicos.....	46
4.8 Metodologia	47
4.8.1 Tipo de Estudo.....	47
4.8.2 População/Amostra	47
4.8.3 Instrumentos de Recolha de Dados.....	47
4.8.4 Variáveis de Investigação.....	50
4.8.5 Recolha de Dados	53
4.8.6 Tratamento dos Dados	53
4.8.7 Procedimentos Éticos.....	54
4.9 Apresentação dos Resultados	55
4.10 Discussão dos Resultados	63
4.10.1 Dados Sociodemográficos	63

4.10.2 Dados sobre os Partos e Nascimento	65
4.10.3 Dados sobre a Função Sexual e Episiotomia	67
4.10.4 Limitação do Estudo	71
4.11 Conclusão do Estudo	73
5. Conclusão Geral	76
Referências Bibliográficas	77
ANEXOS	87
Anexo A – Consentimento informado	88
Anexo B – Instrumentos de recolha de dados	89
Anexo C – Pedido de autorização para o Conselho de Administração para Aplicação do questionário	97
Anexo D – Autorização do Conselho de Administração para Aplicação do questionário	98
Anexo E – Declaração de Compromisso do investigador Principal	99
Anexo F – Declaração de compromisso para outros investigadores ou colaboradores	100
Anexo G – Declaração da Enfermeira chefe de Serviço de Obstetrícia	101
Anexo H – Declaração da diretora do Serviço de ginecologia/obstetrícia	102
Anexo I – Declaração das orientadoras científicas e pedagógicas	103
Anexo J – Índice da Função Sexual Feminina	104
Anexo K – Autorização dos autores para aplicação do Índice da Função Sexual Feminina	105
Anexo L – Confirmação da submissão do artigo	107

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Experiências mínimas obrigatórias obtidas de acordo com a legislação.....	33
Tabela 2 - Itens por Dimensão do FSFI.....	49
Tabela 3 - Chave dos Itens das Dimensões FSFI	51
Tabela 4 - Operacionalização das Variáveis independentes.....	52
Tabela 5 - Características sociodemográficas e profissionais da amostra.....	55
Tabela 6 - Características da amostra relativamente à saúde sexual e reprodutiva da mulher.....	56
Tabela 7 - Caracterização das Dimensões da FSFI	56
Tabela 8 - Correlação de Spearman entre as Dimensões da FSFI	57
Tabela 9 - Resultados das Dimensões da FSFI relativos à Realização de Episiotomia	58
Tabela 10 - Resultados das dimensões da FSFI relativos à realização de episiotomia considerando a Idade.	59
Tabela 11 - Resultados das Dimensões da FSFI relativos à realização de episiotomia considerando as Habilitações literárias.....	60
Tabela 12 - Resultados das dimensões da FSFI relativos à realização de episiotomia considerando o Número de partos.	61
Tabela 13 - Resultados das dimensões da FSFI relativos à realização de episiotomia considerando a Temporalidade do Parto anterior.	62

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
APA – American Psychiatric Association
APGAR – Appearance, Pulse, Grimace, Activity and respiration
BP – Bloco Partos
CIG – Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género
CTG – Cardiotocografia
DGS – Direção Geral da Saúde
EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
ENP – Estágio de Natureza Profissional
ESMO – Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
FCF – Frequência Cardíaca Fetal
FSFI – Índice de Funcionamento Sexual Feminino
GDD – Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes
GSP – Globo de Segurança de *Pinard*
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPB – Instituto Politécnico de Bragança
IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo
ITP – Indução do Trabalho de Parto
MESMO – Mestrado de Enfermagem de Saúde Materno e Obstétrica
MLE – Médio Lateral Esquerdo
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
POCH – Programa Operacional Capital Humano
RENP – Relatório de Estágio de Natureza Profissional
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RN – Recém-Nascido
SPSS – Software Statistical Package for the Social Sciences
SNS – Sistema Nacional de Saúde
TP – Trabalho de Parto
ULSTS – Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa
UTAD – Universidade de Trás os Montes e Alto Douro

RESUMO

Introdução: O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) deve demonstrar competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade dos cuidados, da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, incluindo a aquisição e desenvolvimento das competências específicas da área da especialidade. O Estágio de Natureza Profissional (ENP) permitiu desenvolver e aprofundar essas competências e conhecimentos sobre o procedimento da episiotomia.

Objetivo: Realizar uma análise crítica e reflexiva sobre as atividades desenvolvidas ao longo do ENP com vista à apresentação e discussão pública. Contextualizar a aquisição das práticas do EESMO e refletir sobre as mesmas baseadas na evidência científica e, ainda, demonstrar competências no domínio da investigação em enfermagem dando resposta ao problema colocado de modo a conseguir resolver problemas em situações novas de um modo auto-orientado e autónomo.

Metodologia: Foi feita uma contextualização do ENP. Seguiu-se uma análise crítica e reflexiva sobre as atividades desenvolvidas, de acordo com a sequência, estabelecida pela Ordem dos Enfermeiros (OE), para as competências específicas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Foram apresentadas as experiências exigidas de acordo com a legislação Europeia e Nacional e realizada uma reflexão sobre as mesmas.

Desenvolveu-se também um estudo de caráter observacional, analítico e transversal com uma amostra de mulheres internadas num serviço de Obstetrícia do Norte de Portugal, durante o período de 12 de maio a 12 de julho de 2024. Para a recolha de dados foram selecionados dois instrumentos de dados (Anexo B): Um questionário para a recolha de dados sociodemográficos e questões relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva da mulher, outro para avaliação da Função sexual da mulher através do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) cuja versão portuguesa foi validada por Pechorro et al., 2009.

Os dados foram codificados e inseridos numa base de dados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26.0. Foi realizada a análise descritiva. Determinou-se o coeficiente *Alpha de Cronbach* para avaliar a consistência interna das dimensões da escala, Hill & Hill (2005) e usados os testes não paramétricos: *Mann-Whitney* para comparação de médias entre dois grupos independentes. Recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Spearman*, para medir a relação linear entre as dimensões da escala. O valor de significância foi de 5,00%. O estudo obteve parecer favorável da Comissão Ética da Unidade Hospitalar.

Resultados: Os resultados permitiram afirmar que foram obtidas as competências específicas do EESMO bem como a aquisição e reflexão das experiências mínimas obrigatórias, solidificadas neste relatório.

O estudo revelou que, em média, a Função sexual das mulheres que *fizeram episiotomia* foi considerada menos satisfatória em comparação com as *que não fizeram episiotomia* ($27,73 \pm 4,58$ vs. $28,97 \pm 4,31$), sendo que em todas as Dimensões as pontuações mais altas indicaram melhores níveis de funcionamento sexual.

A taxa de episiotomia encontrada na amostra foi de 52,10%. As mulheres que *fizeram episiotomia* relataram uma média menor de Desejo ($3,68 \pm 1,06$ vs. $4,08 \pm 1,03$), Excitação sexual ($4,46 \pm 0,91$ vs. $4,75 \pm 0,91$) menor Lubrificação ($4,68 \pm 0,97$ vs. $5,09 \pm 0,80$) redução na frequência e intensidade dos Orgasmos ($4,79 \pm 0,99$ vs. $5,01 \pm 0,78$) e na Dor ($4,67 \pm 1,28$ vs. $4,73 \pm 1,32$). A única Dimensão do IFSF que apresentou uma média mais elevada foi a Satisfação sexual ($5,45 \pm 0,81$ vs. $5,32 \pm 0,96$).

De acordo com a *realização de episiotomia*, considerando variáveis como Idade, Habilitações literárias, Número de partos e Temporalidade do Parto anterior, apenas foram verificadas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis Habilitações literárias e Número de partos. As mulheres com pelo menos Ensino Secundário *que fizeram episiotomia* apresentaram médias mais baixas nas Dimensões Desejo ($3,71 \pm 1,10$ vs. $4,47 \pm 0,99$; $p= 0,009$), Excitação ($4,60 \pm 0,83$ vs. $5,10 \pm 1,06$; $p= 0,023$) e Lubrificação ($4,73 \pm 0,93$ vs. $5,33 \pm 0,72$; $p= 0,021$) em comparação com as *que não fizeram episiotomia*. Também as mulheres com dois partos *que fizeram episiotomia* apresentaram médias mais baixas na Dimensão Lubrificação ($4,57 \pm 1,01$ vs. $5,20 \pm 0,81$; $p= 0,026$), em comparação com as *que não fizeram episiotomia*.

Conclusão: O ENP e a reflexão crítica sobre o mesmo consolidaram, através da construção deste Relatório, a aquisição das competências para a prática da ESMO, a apresentação das experiências mínimas e a produção de material de investigação.

O estudo desenvolvido sugeriu que a realização de episiotomia pode impactar negativamente a Função sexual nas várias Dimensões. Estes dados reforçaram a necessidade de adotar práticas baseadas em evidências que priorizem a integridade física e o bem-estar das mulheres, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde materna e obstétrica, sendo o papel do enfermeiro fundamental. As políticas e práticas clínicas devem ser revistas para assegurar que a episiotomia seja utilizada de forma apropriada e baseada em evidências.

Palavras-chave: Comportamento sexual; Episiotomia; Mulher; Função sexual; Sexualidade.

ABSTRACT

Introduction: The Maternal and Obstetric Health Nurse Specialist (MASN) must demonstrate competencies in the areas of professional, ethical and legal responsibility, continuous improvement in the quality of care, care management and the development of professional learning, including the acquisition and development of competencies specific to the area of specialty. The Professional Internship allowed me to develop and deepen these skills and knowledge about the episiotomy procedure.

Purpose: Carry out a critical and reflective analysis of the activities developed during the ENP with a view to public presentation and discussion. Contextualize the acquisition of EESMO practices and reflect on them based on scientific evidence and also demonstrate skills in the field of nursing research by responding to the problem posed in order to be able to solve problems in new situations in a self-directed and autonomous way.

Method: The ENP was contextualized. This was followed by a critical and reflective analysis of the activities carried out, in accordance with the sequence established by the Order of Nurses (OE) for the specific competences in Maternal and Obstetric Health Nursing. The required experiences were presented in accordance with European and national legislation and a reflection was made on them.

An observational, analytical and cross-sectional study was also carried out with a sample of women admitted to an obstetrics service in the north of Portugal between May 12 and July 12, 2024. Two data instruments were selected for data collection (Appendix B): One questionnaire to collect sociodemographic data and questions related to women's sexual and reproductive health, the other to assess women's sexual Function through the Female Sexual Functioning Index (FSFI) whose Portuguese version was validated by Pechorro et al., 2009.

The data was coded and entered into a database in the *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) software version 26.0. A descriptive analysis was carried out. The *Cronbach's Alpha* coefficient was determined to assess the internal consistency of the scale's dimensions, according to Hill & Hill (2005), and the non-parametric *Mann-Whitney* test was used to compare means between two independent groups. *Spearman's* correlation coefficient was used to measure the linear relationship between the scale's dimensions. The significance level was 5.00%. The study was approved by the Hospital Unit's Ethics Committee.

Results: The results made it possible to state that the specific competences of the EESMO were obtained, as well as the acquisition and reflection of the minimum mandatory experiences, which are solidified in this report.

The study revealed that, on average, the Sexual Function of women who *had an episiotomy* was considered less satisfactory compared to those *who had not had an episiotomy* (27.73 ± 4.58 vs. 28.97 ± 4.31), with higher scores in all Dimensions indicating better levels of sexual functioning.

The episiotomy rate found in the sample was 52.10%. Women who *had undergone episiotomy* reported lower mean scores for Desire (3.68 ± 1.06 vs. 4.08 ± 1.03), Sexual Arousal (4.46 ± 0.91 vs. 4.75 ± 0.91), Lower Lubrication (4.68 ± 0.97 vs. 5.09 ± 0.80), Reduced Orgasm Frequency and Intensity (4.79 ± 0.99 vs. 5.01 ± 0.78) and Pain (4.67 ± 1.28 vs. 4.73 ± 1.32). The only IFSF dimension with a higher mean was Sexual satisfaction (5.45 ± 0.81 vs. 5.32 ± 0.96).

According to whether or not an episiotomy had been performed, considering variables such as Age, Education, Number of births and Timing of previous birth, statistically significant differences were only found for the Education and Number of births variables. Women with at least secondary education who had an episiotomy had lower mean scores in the Desire (3.71 ± 1.10 vs. 4.47 ± 0.99 ; $p= 0.009$), Excitement (4.60 ± 0.83 vs. 5.10 ± 1.06 ; $p= 0.023$) and Lubrication (4.73 ± 0.93 vs. 5.33 ± 0.72 ; $p= 0.021$) dimensions compared to those who had not had an episiotomy. Women with two births who had an episiotomy also had lower averages in the Lubrication Dimension (4.57 ± 1.01 vs. 5.20 ± 0.81 ; $p= 0.026$), compared to those who had not had an episiotomy.

Conclusion: The PNS and the critical reflection on it have consolidated, through the construction of this Report, the acquisition of skills for the practice of ESMO, the presentation of minimal experiences and the production of research material.

The study suggests that episiotomy can have a negative impact on sexual function in the various dimensions. These data reinforced the need to adopt evidence-based practices that prioritize the physical integrity and well-being of women, contributing to improving the quality of maternal and obstetric health care, with the role of nurses being fundamental. Policies and clinical practices should be reviewed to ensure that episiotomy is used appropriately and based on evidence.

Key-Words: Sexual Behaviour; Episiotomy; Woman; Sexual function; Sex

1. Contextualização do Estágio de Natureza Profissional

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) é um profissional de enfermagem que, segundo a legislação europeia assume a designação de parteira. Este enfermeiro possui formação especializada adquirida por meio de curso de especialização, estudos superiores especializados, pós-graduação, pós-licenciatura ou mestrado na área científica. Este título profissional reconhece as suas competências científicas, técnicas e humanas, permitindo-lhe oferecer cuidados especializados em Saúde Materna e Obstétrica, além dos cuidados de enfermagem gerais (OE, 2021).

De acordo com o Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio, o EESMO no exercício de sua atividade profissional, assume diversas competências específicas para as quais é especializado. Essas competências incluem cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, durante o trabalho de parto (TP), no período pós-natal, e vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

O presente Relatório do Estágio de Natureza Profissional (RENP) insere-se no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional (ENP), do segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO), do consórcio entre o Instituto Politécnico de Bragança (IPB), o Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD).

O ENP decorreu no período compreendido entre 19 de fevereiro e 12 de julho de 2024, em contexto de cuidados de saúde hospitalares na Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa (ULSTS), no Bloco de Partos.

O ENP foi concretizado pela realização de 420 horas de prática clínica no serviço de Bloco de Partos (BP). Além destas horas de prática clínica, a avaliação da unidade curricular inclui a elaboração de um relatório de estágio de natureza profissional (RENP).

Este relatório tem como principal objetivo realizar uma apreciação crítica e reflexiva do estágio, baseando-se nos objetivos gerais do Estágio de Natureza Profissional conforme descrito no Guia de orientação do ENP (Consórcio IPB, IPVC, UTAD, 2023), e fazer a discussão pública em provas públicas, para obter o grau de mestre, segundo o Decreto-Lei N.º 74/2006, Artigo 15º.

Este Relatório teve como objetivos:

- Analisar e refletir acerca dos objetivos propostos para o ENP que visam a aquisição das competências específicas do EESMO;
- Refletir sobre as práticas do EESMO de acordo com a prestação de cuidados baseados em evidências científicas;
- Descrever o estudo de investigação realizado para poder responder ao problema de investigação proposto.

Conforme mencionado, o ENP foi realizado no bloco de partos da ULSTS, sendo que o mesmo possibilitou a aquisição e o aprimoramento das competências específicas, bem como proporcionou as experiências necessárias exigidas pela Ordem dos Enfermeiros para a obtenção do título de EESMO.

A prática clínica durante o ENP foi fundamentada na Teoria das Transições de Meleis, que aborda as diversas mudanças e adaptações que as pessoas experimentam ao longo do ciclo de vida e em particular no ciclo gravídico puerperal. A Teoria das Transições de Afaf Meleis descreve que as transições são processos complexos que envolvem mudanças profundas, afetando a identidade, os papéis, as relações e os comportamentos das pessoas. No caso das mulheres grávidas, parturientes e puérperas, essas transições podem ser desafiantes, pois requerem uma adaptação física e emocional significativa (Meleis et al., 2000). Estudos demonstram que a aplicação desta teoria nos cuidados de enfermagem permite uma abordagem mais personalizada e eficaz, uma vez que considera os múltiplos fatores que influenciam a adaptação à nova condição, melhorando os resultados em saúde materna e obstétrica (Schumacher & Meleis, 1994).

No contexto dos cuidados maternos, foram identificadas múltiplas transições vivenciadas pelas mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto, abrangendo alterações físicas, emocionais e sociais, bem como a adaptação a novos papéis, como o de mãe. A aplicação desta teoria permitiu personalizar os cuidados, considerando as necessidades e desejos específicos das mulheres em cada fase. Durante o trabalho de parto, os cuidados centraram-se na promoção do conforto, na redução da ansiedade e no apoio às decisões informadas. No período pós-parto, a assistência focou-se na adaptação à amamentação, recuperação física e apoio emocional, facilitando a transição para a maternidade.

1.1. Caracterização da Organização do Bloco de partos da ULSTS

O Bloco de Partos da ULSTS está integrado no Hospital Padre Américo, esta Unidade Local de Saúde foi constituída no início de 2024, com a denominação ULSTS e resultou da integração do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa com os ACeS do Tâmega I – Baixo Tâmega, com exceção do Centro de Saúde de Celorico de Basto, do Tâmega II – Vale do Sousa Sul e do Tâmega III – Vale do Sousa Norte é constituída por duas unidades hospitalares: o Hospital Padre Américo, em Penafiel, e o Hospital de São Gonçalo, em Amarante. Conta também com 73 unidades funcionais distribuídas pelos 12 municípios da sua área de influência.

Esta ULSTS pretende proporcionar uma melhor articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, desde os cuidados primários aos cuidados hospitalares, otimizando a resposta às necessidades da população, destaca-se pela sua presença na comunidade, cumprindo a sua missão e seguindo a sua visão, guiada por valores como a ética, o respeito pela dignidade humana, a responsabilidade social, rigor na gestão dos recursos comuns e a participação ativa no desenvolvimento coletivo da região segundo o Sistema Nacional de Saúde (SNS, 2024).

O Bloco de Partos da ULSTS é uma das maiores do Norte do país no ano 2023 foram aí realizados cerca de 2 147 partos, contabilizando cerca de 620 cesarianas no ano 2023 (SNS, 2024).

A localização do BP é no 4.º piso, inclui uma área de admissão (serviço de urgência), próxima ao serviço de urgência geral, onde são admitidos casos de urgência/emergência ginecológica e obstétrica, a equipa de saúde nesta área do BP é constituída por dois EESMO, uma auxiliar de ação médica e uma equipa médica de urgência. A estrutura física conta com uma sala de triagem de enfermagem, uma sala de tratamentos de enfermagem, duas casas de banho e três salas de observação médica, duas equipadas com ecógrafo. Além disso, há dois quartos com duas camas e dois cardiotocógrafos em cada quarto, para monitorização do bem-estar fetal e da atividade contrátil uterina das grávidas/parturientes.

O Bloco de Partos tem uma arquitetura em oval que permite uma circulação circunferencial. É constituído por três quartos de expetantes (seis camas), utilizadas para as mulheres que iniciam indução do trabalho de parto (ITP) ou que se encontram em fase latente; dois quartos de vigilância (quatro camas) para as grávidas em situação de abortamento, situações de ginecologia que aguardam internamento ou que aguardam a chamada para o bloco central; e sete salas de parto individuais, utilizadas para as

parturientes em fase ativa do TP. Além destas divisões, possui áreas de apoio logístico (sala de preparação de medicação, armazéns de materiais, rouparia, sala de sujos e sala de enfermagem, uma copa e 4 casas de banho).

A equipa do Bloco de Partos é composta por 30 EESMO, incluindo uma enfermeira gestora; 25 médicos especialistas em ginecologia/obstetrícia; 4 médicos internos em formação especializada na mesma área; 14 assistentes operacionais e uma funcionária administrativa por turno. Além disso, contam com o suporte de dois médicos especialistas em anestesiologia, e um médico pediatra/neonatalogista, disponíveis através de chamada permanente. Em relação aos recursos humanos, são escalados por turno 5 EESMO, sendo que dois deles ficam destacados para a urgência ginecológica obstétrica. Além dos enfermeiros, durante os turnos diurnos estão escalados três assistentes operacionais, e dois nos turnos noturnos. Em relação à equipa médica, os três obstetras/ginecologistas escalados para o serviço de urgência prestam apoio ao BP, assim como os médicos anestesistas e neonatalogistas.

A equipa de enfermagem adota uma abordagem que equilibra a prática autónoma com a cooperação interdisciplinar, promovendo um modelo de trabalho centrado na complementaridade das competências individuais e no apoio mútuo. Esta dinâmica de trabalho é sustentada pela colaboração sistemática entre os profissionais, favorecendo a tomada de decisões partilhadas e a maximização da qualidade dos cuidados prestados. O compromisso com a melhoria contínua é evidenciado pelo investimento regular na formação e atualização de conhecimentos, tanto através de programas de capacitação organizados pela instituição como pela autoformação e desenvolvimento profissional individual. Estas estratégias formativas visam otimizar as práticas clínicas, alinhando-as com as melhores evidências científicas disponíveis, e garantindo a prestação de cuidados seguros e eficazes.

No que diz respeito aos equipamentos disponíveis, o serviço contém materiais e *softwares* atualizados. Estão a ser utilizadas técnicas e *softwares* que promovem relaxamento, mobilidade e atividade durante as diferentes fases do trabalho de parto. Por exemplo, utilizam-se bolas de *pilates*, aromaterapia, musicoterapia, banco de parto, rebozo, cardiocógrafa *wireless* e a *walking* epidural. Todas as salas estão equipadas com o material necessário para dar assistência à mulher em trabalho de parto no que se refere a medicação, carro com material de punção e analgesia epidural, algáliação, trouxas de parto e material de sutura, monitor de sinais vitais, bomba, reanimador do Recém-Nascido (RN), monitorização cardiocográfica, conectada ao sistema de rede partograma,

permitindo monitorização tanto na sala médica quanto na área de trabalho de enfermagem. Esse sistema, conhecido como partograma, possibilita uma documentação concisa e em tempo real da evolução do trabalho de parto. Os registos de evolução do trabalho de parto são feitos neste programa, além de serem registados no SClínico e em outro programa chamado *Obscare*. O SClínico é o sistema informático principal no Serviço Nacional de Saúde (SNS), que integra os registos médicos e de enfermagem. O *Obscare*, por sua vez, é um programa informático utilizado para:

- Registrar estratégias não farmacológicas utilizadas;
- Registrar práticas de parto seguro: a) na admissão (presença da pulseira de identificação, perda hemática, conhecimento de alergias, sinais vitais, hemoglobina do 3º trimestre, antecedentes obstétricos relevantes, bem estar fetal, existência do plano de parto, início do partograma); b) antes do período expulsivo (verificação do reanimador do RN, verificação do sistema de vácuo, grupo de sangue materno, existência de kit de células estaminais, disponibilidade de outro elemento da equipa para apoio ao parto/RN, verificação de terapêutica administrada, monitorização do bem estar fetal, necessidade de avisar neonatologia); c) após o parto até 2 horas (perda hemática, boa adaptação ao RN à vida extra uterina, necessidade de transferência do RN, pulseira de identificação do RN, alimentação do RN eficaz, necessidade de instruir protocolo de RN, efetuados ensinamentos sobre sinais de alerta para a mãe e RN, remoção de cateter epidural, potencial necessidade de apoio social, revisão e terminação do partograma).
- Registrar hemorragia pós-parto;
- Registrar distocia de ombros;
- Registrar trabalho de abortamento;
- Registrar os 4 períodos de trabalho de parto, involução uterina, perda de sangue, eliminação urinária, globo de segurança de *pinard*, vigiar ferida perineal e sinais vitais;
- Registrar os dados do parto, início do trabalho de parto (espontâneo/induzido), rotura de membranas (espontânea/terapêutica), antibioterapia intraparto, realização de epidural, intercorrências durante o trabalho de parto, tipo de parto, presença de lacerações e/ou episiotomia, características da dequitação e placenta. No que diz respeito ao registo do recém-nascido, inclui-se o *APGAR* (*appearance*,

pulse, grimace, activity and respiration), sexo, peso, corte do cordão umbilical, colheita de sangue do cordão, malformações, circulares de cordão.

Outro aspeto relevante que impacta o bem-estar das parturientes, é a possibilidade de o convivente significativo da mulher estar presente durante todo o trabalho de parto, encorajando-se ativamente a sua participação e promovendo a vinculação precoce e a interação da tríade mãe-pai-bebé.

2. Análise Crítica/Reflexiva das Atividades Desenvolvidas e da Aquisição e Desenvolvimento de Competências

As atividades desenvolvidas no ENP no bloco de partos da ULSTS, constituíram-se uma etapa fundamental para a reflexão sobre as aprendizagens adquiridas na construção da formação especializada na área de ESMO. Este processo permitiu uma análise detalhada das competências desenvolvidas, das dificuldades encontradas e do grau de cumprimento dos objetivos de aprendizagem estabelecidos para este estágio.

2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Apresenta-se uma descrição, uma análise e reflexão sobre as atividades realizadas que permitiram alcançar, concretizar e desenvolver as Competências Comuns para o Enfermeiro Especialista, conforme descrito no Regulamento n.º 140/2019, publicado em Diário da República, 2.ª série - N.º 26, a 6 de fevereiro de 2019.

A competência responsabilidade profissional, ética e legal, foi fundamental no dia a dia do estágio, uma vez que o cuidado obstétrico requer não só a excelência técnica, mas também uma abordagem centrada na mulher e na família, garantindo o respeito pelos seus direitos e pela sua autonomia.

Em situações clínicas, foi assegurada a obtenção do consentimento informado antes da realização de procedimentos como episiotomias entre outras. Tal processo consistia em explicar de forma clara e compreensível as vantagens, desvantagens e riscos associados às intervenções, garantindo que a mulher pudesse tomar decisões conscientes. Esta prática está em linha com os princípios éticos da autonomia e da dignidade humana, fundamentais na relação enfermeiro-paciente.

Ao longo do estágio houve discussões multidisciplinares sobre casos clínicos complexos, onde o equilíbrio entre decisões clínicas e considerações éticas foi fulcral. Um dos exemplos foi o acompanhamento de parturientes em que as cesarianas foram consideradas necessárias. Nessas situações, houve um envolvimento ativo na explicação dos riscos e benefícios do procedimento, sempre respeitando os desejos da mulher e garantindo que as decisões clínicas fossem tomadas de forma informada e partilhada.

A competência melhoria contínua da qualidade foi uma preocupação constante ao longo do estágio, sendo esta uma área central para o desenvolvimento da prática clínica. Durante

esta experiência, houve envolvimento ativo em processos de reflexão e avaliação das práticas, com o objetivo de contribuir para um ambiente de cuidados mais seguro e eficaz.

Para fundamentar as discussões com a equipa, foi conduzido um estudo sobre o impacto da episiotomia na função sexual da mulher no pós-parto. Através dos resultados obtidos neste estudo e nas novas perspectivas baseadas em evidências científicas, mostrou-se à equipa novas perspectivas, que incentivaram a redução do uso rotineiro da episiotomia. Este tipo de intervenção, sustentada por uma prática baseada em evidências, é essencial para garantir que as intervenções obstétricas sejam realizadas de forma segura e ajustada às necessidades de cada mulher.

Além disso, foi feita uma reorganização de materiais de emergência na sala de partos, o que facilitou o acesso rápido em situações críticas. Esta melhoria organizacional contribuiu diretamente para a eficácia das intervenções clínicas, promovendo um ambiente de trabalho mais eficiente e seguro para a equipa e para as parturientes.

Esta competência é essencial para assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados, especialmente num ambiente hospitalar dinâmico, onde as necessidades das parturientes podem mudar rapidamente.

No início de cada turno, foram realizados *briefings* detalhados com a equipa de enfermagem e outros profissionais de saúde, nos quais foi transmitida informação sobre o estado clínico das parturientes, as intervenções realizadas e os planos de cuidados para os turnos seguintes. Esta prática de comunicação foi fundamental para garantir uma abordagem colaborativa e integrada. Além disso, foram elaborados planos de cuidados personalizados para parturientes com condições obstétricas de maior complexidade, como a pré-eclâmpsia. Nestes casos, monitorizou-se parâmetros vitais de forma rigorosa, ajustando o tratamento consoante as alterações clínicas observadas. Também foi incentivada a participação ativa das parturientes e dos seus familiares nas decisões sobre os cuidados prestados, o que fortaleceu a confiança nas intervenções realizadas e contribuiu para uma maior adesão às orientações clínicas.

Durante o estágio, manteve-se um compromisso contínuo com o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, procurando sempre integrar novos conhecimentos na prática clínica. Esta competência envolveu a aplicação de evidências científicas para garantir que as intervenções fossem baseadas nas melhores práticas disponíveis.

Por exemplo, foram implementadas as mais recentes diretrizes internacionais para a prevenção da hemorragia pós-parto, utilizando técnicas como a massagem uterina e a

administração eficaz de uterotónicos. Ao longo do estágio, também esteve presente a atualização contínua, verificando a literatura científica sobre métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto, como a utilização de bolas de *Pilates* e a mobilização ativa das parturientes. A postura aberta à aprendizagem garantiu a aplicação de práticas clínicas seguras e inovadoras.

Além disso, participou-se em diversas discussões clínicas com a equipa multidisciplinar, onde foram explorados temas como o uso de uterotónicos e estratégias para a gestão de complicações obstétricas. Esta troca de conhecimento foi fundamental para a consolidação das aprendizagens e para a melhoria contínua da prática como enfermeira especialista.

2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Experiências Mínimas para aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Com a finalidade de desenvolver competências especializadas na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no ENP, tivemos a oportunidade de concretizar e desenvolver as descritas no Regulamento n.º 391/2019, publicado em Diário da República, 2.ª série - N.º 85, a 3 de maio de 2019:

- Cuida a Mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.
- Cuida a Mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.
- Cuida a Mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

Nesta secção, faremos uma reflexão e análise crítica das experiências vividas, atividades desenvolvidas e dos conhecimentos adquiridos, como garante da obtenção e desenvolvimento das competências específicas do EEESMO.

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, no desenvolvimento desta competência foi assumido um papel essencial na monitorização do bem-estar materno-fetal, com o objetivo de promover a saúde da grávida e do feto, identificar complicações precoces e implementar intervenções adequadas para prevenir

desfechos adversos. Este exame permitiu detetar precocemente padrões anormais, como bradicardias ou desacelerações tardias, que poderiam indicar sofrimento fetal ou outras complicações, como insuficiência placentária. A identificação precoce destas alterações foi fundamental para a tomada de decisões rápidas e eficazes, em colaboração com a equipa multidisciplinar, prevenindo complicações graves.

Adicionalmente, a avaliação dos sinais vitais maternos, como a pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e nível de glicémia, foi também parte integrante deste cuidado. Em grávidas com condições como diabetes gestacional ou pré-eclâmpsia, estas medições frequentes foram essenciais para ajustar o plano de cuidados e garantir a segurança tanto da mãe quanto do feto. A vigilância de sinais de pré-eclâmpsia, como a presença de edemas ou proteinúria, também mereceu especial atenção, permitindo a intervenção atempada em casos de descompensação.

A educação para a saúde à grávida, parturiente e seus conviventes foi outro ponto central no cuidado pré-natal, fundamentado em evidências científicas sobre as melhores práticas, oferecendo orientações detalhadas sobre as opções de alívio da dor disponíveis, quer através de métodos farmacológicos, como a analgesia epidural, quer por métodos não farmacológicos, como a respiração controlada, técnicas de relaxamento, e o uso de bolas de *Pilates*, aromaterapia e musicoterapia. Este trabalho educativo foi crucial para que as parturientes se sentissem informadas e empoderadas, permitindo-lhes tomar decisões informadas e alinhadas com as suas preferências e valores pessoais.

Um dos aspetos mais importantes do cuidado pré-natal foi a prevenção e gestão de complicações. Em várias situações, atuou-se de forma preventiva, como no caso de grávidas com riscos obstétricos elevados, tais como as que apresentavam diabetes gestacional ou hipertensão arterial. Nestes casos, a monitorização frequente dos níveis de glicémia, a avaliação dos parâmetros hemodinâmicos e a adaptação do plano alimentar foram essenciais para o controlo destas condições. Sempre que necessário, foram ajustadas terapias, como a administração de insulina, ou solicitada a colaboração com a equipa médica para iniciar terapias anti-hipertensivas.

A identificação precoce de sinais de sofrimento fetal ou de complicações maternas, como a rotura prematura de membranas, exigiu uma atuação imediata e coordenada, na qual foi promovido o encaminhamento conforme o protocolo clínico. Este processo demonstrou a importância do papel do EEESMO na gestão do cuidado pré-natal e na coordenação eficaz com os demais profissionais de saúde.

O apoio emocional às parturientes foi outro pilar essencial do cuidado pré-natal. Muitas mulheres apresentam preocupações e ansiedades relacionadas com o processo de gravidez e parto. Durante sessões de educação, foi fornecido apoio psicológico, encorajando o diálogo aberto sobre medos e expectativas. Esta abordagem humanizada foi fundamental para fortalecer o vínculo de confiança com as mulheres e para proporcionar uma experiência mais positiva durante o parto.

O envolvimento no cuidado pré-natal foi completo e diversificado, abrangendo tanto o acompanhamento clínico rigoroso quanto a educação para a saúde, bem como o apoio emocional às mulheres e às suas famílias. A integração de competências técnicas e relacionais permitiu contribuir significativamente para o bem-estar da mulher e do feto, assegurando uma experiência de gravidez segura e informada. O foco na prevenção de complicações e na tomada de decisões partilhadas foram aspetos centrais na atuação, garantindo a prestação de cuidados personalizados e de elevada qualidade.

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto para o desenvolvimento desta competência, as intervenções de enfermagem assumem um papel central para garantir a segurança materno-fetal e proporcionar uma experiência de parto positiva e respeitosa. Ao longo do estágio, desenvolveu-se competências essenciais no acompanhamento de parturientes, que incluíram desde a monitorização contínua do bem-estar materno-fetal até a aplicação de técnicas para o alívio da dor e promoção de uma experiência de parto humanizado e seguro.

Foram utilizadas cardiocotografias (CTG) para avaliar a frequência cardíaca fetal e a intensidade das contrações uterinas. A análise adequada dos traçados da CTG permitiu tomar decisões rápidas e eficazes, em articulação com a equipa médica, para garantir a saúde e segurança do feto.

Em situações de trabalho de parto prolongado ou com analgesia epidural, a vigilância intensiva do estado materno foi particularmente importante para detetar complicações como a hipotensão, garantindo a administração rápida de fluidos e outros cuidados de suporte, conforme os protocolos estabelecidos.

A gestão eficaz da analgesia e do alívio da dor foi uma área de grande destaque durante o trabalho de parto. O alívio da dor é uma componente crucial na promoção de uma experiência positiva para as parturientes, sendo essencial respeitar as preferências individuais de cada mulher quanto ao uso de métodos farmacológicos ou não farmacológicos.

No âmbito da analgesia epidural, foi assegurado que o procedimento fosse realizado de acordo com as preferências da parturiente e que a mesma recebesse toda a informação necessária sobre os seus benefícios e possíveis efeitos secundários. A analgesia epidural é recomendada para mulheres grávidas saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, segundo Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018). A função do EESMO incluiu a preparação da parturiente para a colocação do cateter epidural, a assistência ao anestesista durante o procedimento, e a monitorização rigorosa após a administração da epidural. Esta vigilância contínua foi essencial para garantir que não ocorressem complicações associadas à analgesia, como a hipotensão súbita ou bloqueio motor excessivo, que poderiam afetar o progresso do parto.

Para além da analgesia epidural, promoveu-se ativamente o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, que são muitas vezes preferidos pelas parturientes, especialmente no início do trabalho de parto. Incentivou-se o uso de técnicas como a respiração controlada, massagens, e o relaxamento progressivo, estratégias que permitem reduzir a perceção da dor e aumentar a sensação de controlo por parte da mulher. O uso de bolas de *Pilates* também foi promovido, uma vez que facilita a mobilidade da parturiente, permitindo-lhe adotar posições mais confortáveis e naturais que facilitam o processo de dilatação e a progressão do feto pelo canal de parto.

A parturiente adotou métodos que favoreceram a dilatação e a progressão do feto pelo canal de parto. Entre esses métodos, podemos citar deambular, utilizar a bola de pilates utilizar técnicas de relaxamento e distração, como aromoterapia, musicoterapia, assistir à televisão entre outras (Fatia & Tinoco, 2016).

Durante o trabalho de parto, promoveu-se a ingestão de líquidos claros, como gelatinas água ou chás, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2024), deve-se oferecer líquidos claros (água, chá com ou sem açúcar, sumos sem polpa de fruta), gelatina ou gelados de água com sabor a fruta, conforme a escolha da parturiente, desde que a evolução do trabalho de parto e a monitorização fetal sejam normais, e incentivou-se as parturientes a adotar posições de parto que lhes proporcionassem maior conforto e que facilitassem o progresso do parto. A mobilidade durante o trabalho de parto pode ter um impacto positivo nomeadamente melhorar a tolerância à dor, evitar o uso de fármacos, melhorar a evolução da dilatação e diminuir a duração da fase ativa do trabalho de parto (Bio et al., 2006). Incentivou-se as parturientes a utilizarem bolas de *Pilates*, a deambular pelo quarto de partos e a adotar posições verticais sempre que possível, promovendo um ambiente de parto natural e ativo. Segundo a DGS (2024), devemos incentivar e assistir a mobilidade

da gestante (levantar-se, caminhar, sentar-se na “bola de *Pilates*”), mesmo após a rotura de membranas, desde que a posição do feto no canal de parto seja adequada.

Ajudar as parturientes a encontrar posições confortáveis foi essencial para promover um trabalho de parto menos doloroso e mais eficiente, reduzindo a duração da fase de dilatação e o risco de complicações associadas a partos prolongados (Bio et al., 2006). Além disso, foi oferecido suporte contínuo às parturientes durante a fase ativa do trabalho de parto, assegurando que sentissem confiança nas suas capacidades e escolhas, fortalecendo a sua autonomia durante o processo. A WHO (2018) sugere que as mulheres escolham a posição de parto que preferirem, incluindo posições de parto eretas, independentemente do uso de analgesia epidural. Nenhuma posição particular deve ser imposta à mulher, desde que o EEESMO garanta a monitorização adequada do bem-estar do bebé.

Nos casos em que foi necessário induzir o trabalho de parto, foi administrado ocitocina de acordo com os protocolos clínicos estabelecidos, e da monitorização cardiotocográfica (CTG), através da avaliação da frequência cardíaca fetal (FCF), da contratilidade uterina e dos movimentos ativos fetais. Apesar das recomendações da World Health Organization (WHO, 2018), que alertam para os possíveis inconvenientes do uso contínuo da CTG, como a restrição de movimentos da parturiente, observei que, na ULSTS, o uso da CTG contínua ainda é uma prática comum. No entanto, o uso de cardiotocógrafos wireless mostrou-se uma alternativa valiosa, permitindo uma maior liberdade de movimentos para a parturiente, o que contribuiu positivamente para o seu conforto e bem-estar. As principais razões para a continuidade desta prática são preocupações com implicações legais e com a utilização da analgesia epidural, barreiras também destacadas por Santana e Figueiredo (2016) no seu estudo.

Segundo OMS (2018) a indução com ocitocina deve ser considerada quando há confirmação de atraso na progressão do trabalho de parto em mulheres que receberam analgesia epidural. Segundo a OMS (2015a), a administração de ocitocina é indicada para acelerar a progressão do TP apenas nos casos de disfunção contrátil hipotónica e quando houver confirmação de atraso no progresso deste. A utilização criteriosa desta intervenção foi coordenada com a equipa médica e ajustada de acordo com a resposta clínica da parturiente e a evolução do trabalho de parto.

Em casos de indução prolongada, foi garantido que as parturientes fossem devidamente informadas sobre o progresso do trabalho de parto e as opções de analgesia disponíveis.

A comunicação clara e o suporte emocional foram fundamentais para ajudar as parturientes a manterem-se calmas e confiantes durante este processo.

Como consequência, a descida da apresentação fetal poderia ser impedida, tornando necessário que a mulher urinasse espontaneamente. Caso isso não ocorresse em mais de 6 horas, propunha-se à grávida o esvaziamento vesical. A eliminação urinária é uma área de preocupação para o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Segundo a DGS (2024), deve-se incentivar a micção espontânea, e, quando esta não ocorre em mais de 6 horas, avaliar a presença de um globo vesical e, caso esteja volumoso, propor à grávida o esvaziamento com cateter vesical.

Outro aspeto importante é a rotura de membranas, que geralmente ocorreu de forma espontânea, mas, sempre que não ocorreu espontaneamente, procedia-se à amniotomia respeitando o preconizado pelo American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2019) que nos orienta para a realização da amniotomia sozinha ou em combinação com ocitocina para melhorar a progressão do TP. Para efetuar este procedimento, teve-se sempre o consentimento informado da parturiente e executou-se somente quando a apresentação fetal estava bem apoiada, visando minimizar o risco de prolapso do cordão umbilical. Após a rotura das membranas, foi avaliado o líquido amniótico, quantidade e características (cor e odor), tendo em conta o risco aumentado de infeção, era avaliada regularmente a FCF e a temperatura materna, intervenções aconselhadas por Fonseca (2016).

Segundo a WHO (2018), o uso isolado da amniotomia para prevenção do atraso do trabalho de parto não é recomendado.

Assegurou-se que a parturiente adotasse a posição mais confortável para o nascimento, respeitando sempre as suas preferências e promovendo um ambiente de cuidado humanizado e de apoio. Durante a fase de expulsão, acompanhou-se ativamente a descida do moel fetal, oferecendo orientação e encorajamento à parturiente, proporcionando a prevenção de lacerações perineais, através da proteção manual do períneo por deflexão controlada da cabeça do feto, pedindo à mulher que evite realizar esforços, de forma a diminuir o número de ruturas do esfíncter anal, também são recomendadas outras técnicas que ajudem a reduzir o trauma perineal e facilitem o parto espontâneo, incluindo massagem perineal, aplicação de compressas quentes (OMS, 2018).

Em casos justificados, foi realizado episiotomia, esta prática segundo Marambaia et al., (2020) não deve ser realizada de forma rotineira deve ser realizada exclusivamente se

houver uma justificação clara que comprove a sua necessidade. No estágio foi praticada apenas em situações específicas, consideradas necessárias, como situações como o risco iminente de laceração, necessidade de extração rápida do recém-nascido por sofrimento fetal.

Após o nascimento, do recém-nascido e a promoção do contacto pele a pele imediato, um passo fundamental para fortalecer o vínculo mãe-bebé e para favorecer o estabelecimento da amamentação (Moore et al., 2016).

Na dequitação registou-se que no estágio as nossas experiências foram sem complicações, esta ocorreu de forma espontânea, nos primeiros 10 a 15 minutos após a expulsão do feto, sem intercorrências. Durante este processo, teve-se como preocupação avaliar a contração do útero, através da formação do globo de segurança de Pinard (GSP), observar a perda hemática, administrar profilaticamente ocitocina e fazer uma inspeção cuidadosa do períneo para identificar possíveis lacerações (Begley,2014).

Os mecanismos de descolamento da placenta que foram observados na maioria dos casos foram pelo mecanismo de *Shultze*, houve alguns casos ocorrendo pelo mecanismo de *Duncan*, que se mostraram mais demorados.

Após a expulsão da placenta, foi efetuado o exame detalhado da mesma e das membranas. Inicialmente, verificou-se o local de inserção do cordão, o comprimento, o número de vasos do cordão e a identificação de possíveis anomalias. Em relação à placenta, foram observados o tamanho, a cor, o cheiro, a forma e a integridade dos cotilédones. Foi realizado a reconstituição da câmara amniótica e identificadas as camadas de âmnio e cório, verificando a sua integridade, além de serem identificadas possíveis anomalias.

Após a saída da placenta, colocava-se a ocitocina novamente em perfusão para prevenir a atonia uterina e a hemorragia pós-parto, mantendo sempre a vigilância do globo de segurança de *Pinard* (GSP).

O corte do cordão umbilical, foi feito maioritariamente pela mãe ou pelo pai, ocorreu pelo menos 2 minutos após o nascimento. Outros cuidados imediatos que foram efetuados incluíram a secagem do RN, a manutenção da temperatura e a avaliação do índice de Apgar.

Para concretizar a competência, *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal*, vigilância contínua da mãe e do recém-nascido é fundamental para garantir a saúde e o bem-estar de ambos, um aspeto crucial para identificar precocemente

qualquer alteração que possa indicar complicações. A monitorização inclui a observação dos parâmetros vitais como a frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura, assim como a avaliação da frequência respiratória e da presença de sangramento excessivo.

O contacto pele a pele imediatamente após o nascimento e o incentivo à amamentação precoce são práticas recomendadas pela literatura científica (OMS, 2018), devido aos seus benefícios significativos. O contacto pele a pele promove a regulação térmica do recém-nascido, melhora a ligação mãe-bebé e favorece o estabelecimento da amamentação (Moore et al., 2016). A amamentação precoce não só proporciona nutrientes essenciais, como também promove a produção de leite materno e reduz o risco de hemorragias pós-parto (Horta et al., 2015).

A vigilância de complicações pós-parto, como a hemorragia, é igualmente crucial. A hemorragia pós-parto é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna. Monitorizar sinais de hemorragia e intervir precocemente pode reduzir significativamente o risco de complicações graves (Dolea et al., 2016). A avaliação da quantidade e características do sangramento vaginal, bem como a monitorização do útero e a identificação de sinais de choque, são práticas importantes para uma gestão eficaz do parto.

Além dos cuidados físicos, o apoio emocional às puérperas é uma parte essencial do cuidado pós-natal, a transição para a parentalidade pode ser desafiadora, e um suporte emocional adequado é vital para o bem-estar mental e emocional da mãe. Estudos mostram que a presença de apoio emocional durante o período pós-natal pode reduzir a incidência de depressão pós-parto e melhorar a adaptação da mãe e da família ao novo papel (O'Hara & McCabe, 2013).

Na materialização da competência, *cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica*, o papel do EEESMO é crucial na promoção da saúde ginecológica, no diagnóstico precoce e na prevenção de complicações associadas às doenças do aparelho génito-urinário e/ou mama. Além disso, o EEESMO fornece cuidados especializados às mulheres afetadas, ajudando-as a adaptar-se às novas situações de saúde.

Durante o estágio, foram exercidas essas competências ao cuidar de mulheres que enfrentavam problemas ginecológicos. O primeiro passo foi sempre identificar a razão pela qual a utente procurou o serviço, garantindo a recolha completa e precisa das informações clínicas necessárias. Manter um ambiente que respeitava a privacidade e

promover a tranquilidade, o que foi essencial para estabelecer uma relação de confiança e empatia com as pacientes, além de facilitar uma comunicação aberta e eficaz.

As patologias ginecológicas mais frequentes observadas incluíram metrorragias e infecções vaginais. Após a avaliação inicial no serviço de urgência, as mulheres com essas condições eram encaminhadas para os setores adequados, como salas de vigilância no bloco operatório, internamento em ginecologia, ou, quando apropriado, recebiam alta clínica. Em cada situação, foram fornecidas informações claras e detalhadas sobre as condições ginecológicas, incentivando as utentes a tomarem decisões informadas sobre o seu cuidado. Colaborou-se estreitamente com outros profissionais de saúde para assegurar que todos os cuidados necessários fossem prestados, garantindo o bem-estar das utentes.

Essas experiências durante o estágio consolidaram a capacidade para desenvolver, organizar e executar as intervenções necessárias para atender às necessidades das mulheres que procuram cuidados ginecológicos. A prática permitiu fortalecer as competências necessárias para oferecer um cuidado especializado e humanizado, essencial para a promoção da saúde e para o manuseamento eficaz das condições ginecológicas.

- **Experiências Mínimas para aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.**

No âmbito do MESMO realizaram-se dois estágios, o primeiro Estágio de Saúde Materna e Obstétrica com a duração de 600 horas desenvolvido em contextos de prática clínica diferenciados e o Estágio de Natureza Profissional, com a duração de 420 horas desenvolvido em Bloco de Partos. Nesta componente clínica do MESMO desenvolveu-se um conjunto de experiências plasmadas na Tabela 1 (obtidas na realização dos dois estágios referidos), que respeitam ao preconizado pela Lei n.º 9/2009 de 4 de março, conforme redação dada pela Lei n.º 25/2014, de 2 de maio, que se alinha com a diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho e ainda com as exigências da Ordem dos Enfermeiros em Portugal e demais legislação (do Artigo 20 do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março relativo aos graus académicos alterado pelo Decreto –Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto.

Tabela 1- Experiências mínimas obrigatórias obtidas de acordo com a legislação

Experiências mínimas obrigatórias	Número
1) Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;	147
2) Vigilância/assistência e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;	102
3) Realização pelo estudante de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o estudante participar, para além daqueles, em 20 partos;	52-Realizados 17-Colaborados
4) Participação ativa em partos de apresentação pélvica. Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;	1-Realizado
5) Prática de episiotomia e iniciação à sutura. A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos. A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável;	8-Episiotomias 27-Perineorrafias
6) Vigilância/assistência e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;	105
7) Vigilância/assistência e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;	166-Parturientes 151-RN
8) Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;	16
9) Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia.	41

A prática de episiotomia, uma das atividades do EEESMO, foi uma base significativa para reflexão e início da formulação da questão de investigação utilizada no estudo subsequente. A realização dessas atividades permitiu não apenas o cumprimento dos requisitos mínimos, mas também o desenvolvimento de uma prática clínica fundamentada em evidências científicas e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Os Estágios proporcionaram uma oportunidade inestimável de aplicar teorias na prática, enfrentar desafios reais e colaborar com as equipas de forma dedicada e profissional. Essa experiência consolidou a preparação para atuar como futura EESMO.

3. Análise Crítica e Reflexiva do Estágio de Natureza Profissional

O ENP, foi realizado durante o período 19 de fevereiro e 12 de julho, foi uma experiência intensa e enriquecedora, permitindo o desenvolvimento de competências práticas no pré-natal, parto e pós-parto, além de proporcionar uma compreensão aprofundada da dinâmica de trabalho em equipa multidisciplinar.

A infraestrutura do hospital, embora adequada, apresentou algumas limitações, como a insuficiência de cardiocógrafos *wireless*. Essa limitação impactou diretamente a capacidade de oferecer um acompanhamento mais eficiente. Essa situação realçou a necessidade de investimentos contínuos em tecnologias que facilitem o cuidado e aumentem a segurança tanto das mães quanto dos recém-nascidos. Apesar dessas restrições, a equipa multidisciplinar demonstrou uma colaboração integrada, o que facilitou a prestação de cuidados de alta qualidade e a superação dos desafios operacionais.

Durante o estágio, houve oportunidade de participar ativamente em vários exames pré-natais, efetuar inúmeros partos e cuidar de puérperas e recém-nascidos. Essas atividades foram cruciais para o crescimento profissional, aumentando a confiança e capacidade na tomada de decisão. Por exemplo, a realização de episiotomias e episiorrafias permitiu desenvolver destreza técnica e uma compreensão mais profunda sobre as indicações e consequências desses procedimentos. Enfrentar desafios emocionais, como lidar com complicações obstétricas, torna-se ainda mais resiliente e empática, qualidades essenciais para um EEESMO. Esses momentos de tensão exigiram uma capacidade de resposta rápida e eficaz, bem como uma comunicação clara e assertiva com a equipa e com a família da parturiente.

Uma das experiências mais marcantes foi a gestão de partos complicados, como partos de alto risco. Numa dessas situações, a necessidade de uma decisão rápida e coordenada com os médicos obstetras e anestesistas foi crucial para o desfecho positivo tanto para a mãe quanto para o bebé. Essas experiências ensinaram a importância da preparação e da formação contínua, destacando como a prática baseada em evidências pode melhorar significativamente os resultados clínicos.

Além disso, o Estágio destacou a importância do apoio emocional e psicológico às parturientes e às suas famílias, sendo que a presença do companheiro durante o trabalho de parto mostrou-se extremamente benéfica, promovendo um ambiente de segurança e

apoio. Promover a vinculação precoce entre mãe, pai e bebê foi um aspecto que priorizou, reconhecendo o seu impacto positivo no bem-estar emocional e físico da tríade.

A integração e a colaboração com a equipa multidisciplinar foram fundamentais para o desenvolvimento das competências. Trabalhar lado a lado com médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e outros profissionais de saúde permitiu uma aprendizagem significativa e a troca de conhecimentos e experiências.

Em resumo, o ENP proporcionou uma base sólida para a prática como EEESMO. Através da vivência diária, enfrentou-se e superou-se desafios técnicos e emocionais, desenvolveu-se habilidades práticas essenciais e aprimorou-se a capacidade de trabalhar em equipa. Cada experiência contribuiu para o crescimento como profissional, reforçando a importância da empatia, resiliência e do compromisso com a melhoria contínua na prestação de cuidados de saúde materna e obstétrica.

4. Estudo de Investigação – Impacto da Episiotomia na Função Sexual da Mulher

4.1 Introdução

4.1.1 Episiotomia e os seus Reflexos

O procedimento de episiotomia foi desenvolvido ao longo dos séculos XVIII e XIX. Em 1742, Sir Fielding Ouldem, foi creditado pela realização da primeira episiotomia no Hospital Rotunda em Dublin (Klein et al., 1997), tendo-a descrito como uma técnica que envolve uma incisão na região do períneo para ajudar a aliviar o stresse do parto (Muhleman et al., 2017). A episiotomia foi introduzida, na prática clínica, há mais de 250 anos, sem evidências concretas que comprovassem os seus benefícios. A sua utilização foi justificada como uma forma de prevenir lacerações graves no períneo, preservar melhor a função sexual futura, reduzir o risco de incontinência urinária e fecal, e proteger o recém-nascido (Borges et al., 2003).

Segundo Progianti et al. (2008), Carroli et al. (2009) e Cunningham et al. (2010), a episiotomia é uma incisão cirúrgica do períneo durante a última parte do segundo estadiu do parto vaginal indicam que esta técnica consiste no alargamento do orifício vaginal através de uma incisão no períneo, realizada com tesoura ou bisturi, no início da expulsão fetal, sendo que o mesmo requer reparo cirúrgico posterior e tem como objetivo impedir ou reduzir o trauma nos tecidos do canal de parto, facilitar a descida e saída do feto, e evitar lesões na cabeça do feto. A episiotomia implica, então, fazer uma incisão controlada na região perineal para aumentar a abertura vaginal, a fim de facilitar partos difíceis (Yilmaz et al., 2021). É feita para prevenir ruturas perineais graves e lesões no esfíncter anal, e para diminuir o risco de parto traumático para o bebé.

Outras razões da sua utilização são situações de parto complicadas como partos como fórceps, partos pélvicos e passagem mais fácil de bebés maiores (Thacker e Banta, 1983; Klein et al., 1997; Muhleman et al., 2017).

Existem várias técnicas de episiotomia que são relatadas na literatura, mas as técnicas mais comuns atualmente são as episiotomias de linha média, medio lateral e lateral, o corte necessita de sutura, e pode apresentar complicações como, sangramento e infeção, e deve ser realizado apenas quando indicado e não de forma rotineira (Fanshawe, et al., 2023). Assim, a episiotomia pode ser médio-lateral ou lateral, quando realizada por indicação (situações de parto complicadas como partos como fórceps, partos pélvicos e

para obter uma passagem mais fácil de recém-nascidos macrossômicos (Thacker e Banta, 1983; Klein et al., 1997; Muhleman et al., 2017), pode diminuir a incidência de lesão do esfíncter anal, sendo que esses tipos de episiotomia são menos propensos a causar danos significativos ao esfíncter anal, comparados à episiotomia mediana, que é mais frequentemente associada a lesões graves no esfíncter e ao risco de incontinência anal (OMS, 2018).

O procedimento deve ser realizado quando a musculatura perineal está distendida, geralmente no momento da coroação do feto. Se a episiotomia for realizada tardiamente, pode não prevenir lacerações, e se for feita precocemente, pode causar hemorragia significativa. A intervenção é sempre realizada no períneo posterior, entre o introito vaginal e o ânus, utilizando anestesia local para minimizar a dor, com infiltração dos planos, anestesia dos pudendos ou anestesia epidural (European Perinatal Health Report, 2010; Graça, 2010).

Em casos de apresentações cefálicas, a episiotomia pode ser realizada quando a cabeça do feto distende o períneo. O profissional deve introduzir o dedo indicador e o dedo médio entre a apresentação fetal e a parede vaginal para proteger a área e realizar a incisão com uma tesoura. Para apresentações pélvicas, partos gemelares ou uso de fórceps, a episiotomia pode ser feita antes que a apresentação distenda o períneo, sendo que a incisão pode ser mediolateral ou mediana. A episiotomia mediolateral é realizada em um ângulo de cerca de 45° em relação à linha mediana, afetando a fúrcula, a mucosa e submucosa vaginal, fibras musculares do músculo transverso e do períneo, e o músculo pubococcígeo e, em alguns casos, pode atingir o músculo bulbo-cavernoso. Já a episiotomia mediana envolve a fúrcula, a mucosa e submucosa vaginal, e a aponevrose do núcleo perineal. Este tipo de episiotomia está associado a um maior risco de laceração do esfíncter anal e do reto, e por isso seu uso tem diminuído ao longo do tempo (Oliveira & Miquilini, 2005).

A episiotomia pode provocar diversas consequências para a mulher sejam elas físicas ou emocionais, entre os quais hematomas, dor, dispareunia, alterações anatômicas na vagina, infecção, incontinência urinária e fecal em decorrência do alargamento do canal vaginal, lacerações pode também afetar negativamente a autoimagem e a autoestima, afetando a sua vida sexual (Marambaia, et al. 2020).

As lacerações perineais associadas à episiotomia são classificadas em quatro graus: o 1.º grau envolve a fúrcula, pele do períneo e mucosa vaginal; o 2.º grau inclui a fúrcula, pele do períneo, mucosa vaginal, fáscia e músculos do diafragma urogenital; o 3.º grau envolve

as estruturas anteriores e a mucosa retal; e o 4.º grau inclui também o esfíncter retal. A episiotomia é geralmente considerada uma laceração de 2.º grau (Colacioppo et al., 2011).

A reparação da episiotomia, conhecida como episiorrafia, deve ser feita imediatamente após o parto, com técnica asséptica, explicação do procedimento à paciente e analgesia adequada. A inspeção cuidadosa da mucosa vaginal e retal é essencial, e qualquer vaso com hemorragia ativa deve ser laqueado para evitar hematomas. A episiorrafia é realizada em três planos: a sutura do 1.º plano refere-se à mucosa vaginal, iniciada cerca de 1 cm acima do vértice da incisão e terminando junto ao anel himenial, com sutura contínua para garantir hemóstase. O 2.º plano inclui a sutura das fibras musculares seccionadas, realizada com duas suturas: uma para as fibras profundas e outra para as superficiais, com atenção para não tracionar demais e causar dispareunia. Finalmente, o 3.º plano cobre a sutura dos bordos cutâneos, (Steven et al., 2014). Utiliza-se sutura contínua para encerramento de todos os planos (mucosa vaginal, músculos perineais e pele perineal) a técnica de eleição para a execução da episiorrafia e reparação das lacerações de 2º grau. (Néné et al., 2016).

Segundo o grupo de desenvolvimento de diretrizes (GDD) (OMS 2018), até ao momento, não há evidência que comprove a necessidade de realizar episiotomia em qualquer situação, considerando que era importante realçar que o uso de rotina/liberal da episiotomia é “não recomendado”, em vez de recomendar o uso seletivo/restritivo da episiotomia. O GDD reconheceu que, atualmente, não há evidências que corroborem a necessidade de qualquer episiotomia nos cuidados de rotina, sendo por isso difícil determinar uma taxa “aceitável” de episiotomia. Apesar das recomendações anteriores, a DGS (2024) recomenda realizar episiotomia médio-lateral seletiva, a um ângulo de 60 da fúrcula vaginal, apenas quando há necessidade de acelerar o nascimento devido a suspeita de hipoxia fetal, sinais de uma laceração perineal iminente, ou quando a laceração perineal se já estiver a iniciar.

O uso rotineiro da episiotomia não apresenta evidências de qualquer efeito benéfico; pelo contrário, pode provocar danos, tais como uma maior necessidade de reparação cirúrgica e uma menor capacidade sexual futura (Woretaw et al., 2021).

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) indique que a prevalência de episiotomia seja em torno de 10% (Yilmaz et al., 2021), segundo a Norma de Orientação Clínica da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, de 2022, a prevalência da episiotomia varia substancialmente no mundo com valores entre de 1 a

90%. Esta variação pode ser explicada a práticas hospitalares enraizadas e pelos diferentes níveis de conhecimento sobre a episiotomia.

Por exemplo, na República Checa, a incidência de episiotomia diminuiu de 59,50% para 53,00% entre 2004 e 2013. Em Espanha, a taxa de episiotomia em 2010 foi de 43,00%, enquanto na Bélgica alcançou 54,00% no mesmo ano. Em contraste, vários países têm taxas de episiotomia inferiores a 20,00%, como Dinamarca, Suécia, França, Inglaterra e Estados Unidos. No caso de Portugal, os dados mais recentes disponíveis são de 2010, conforme o estudo EUROPERISTAT, que indicam uma incidência de 72,90%. É importante notar, entretanto, que este é um estudo antigo e que, apesar da persistência do uso da episiotomia, tem-se observado uma tendência de redução semelhante àquela observada em outros países (European Perinatal Health Report, 2010; Clesse et al., 2018). Mais concretamente em Bragança (Portugal), num estudo realizado em 2021, a percentagem de episiotomia na amostra de 924 mulheres foi de 48,80% (Macedo, 2021). Tem-se vindo a observar uma redução no uso da episiotomia em todo o mundo, especialmente em países desenvolvidos.

A episiotomia é uma preocupação dos cuidados à mulher pois de acordo com o estudo, (Fanshawe et al., 2023), as mulheres que tiveram um parto vaginal espontâneo (com períneo intacto) têm maior probabilidade de retomar o sexo vaginal seis a oito semanas após o parto, quando comparadas com mulheres que fizeram uma episiotomia. Por sua vez, alguns estudos (Carroli e Mignini, 2009; Jiang et al., 2017; Simic et al., 2017) indicam que a prática frequente da episiotomia afeta negativamente a função do assoalho pélvico e pode provocar problemas na satisfação sexual (Chayachinda et al., 2015).

Ressalta-se a importância de mudar comportamentos e capacitar os profissionais de saúde para a realização de partos sem episiotomia, abandonado assim a prática da episiotomia por rotina (OE, 2021). Alguns médicos e enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica argumentam que a episiotomia é a única intervenção realizada no corpo de uma mulher saudável sem o seu consentimento explícito. Esta situação considera o procedimento uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, além de desrespeitar princípios éticos profissionais. Para esses profissionais, a episiotomia, sendo uma das intervenções obstétricas mais comuns no ocidente, simboliza o poder da medicina obstétrica masculina e impede que as mulheres experienciem o parto como um evento a sua sexualidade. O procedimento é visto como um ritual de mutilação genital que limita a vivência da sexualidade durante o parto e nascimento (Progianti et al., 2008).

É necessário que esta intervenção seja realizada com mais cuidado, e não realizada de forma rotineira em hospitais. Entende-se que a episiotomia deve ser efetuada exclusivamente com a comprovação da real necessidade do seu ato, sendo a mulher sempre informada a respeito da intervenção, tendo esse direito como uma autonomia compartilhada para um cuidado seguro (Marambaia et al., 2020).

4.1.2 Função Sexual

Como já verificamos a episiotomia pode gerar diversas consequências para a mulher entre as quais a repercussão negativa na sua autoimagem e autoestima, influenciando o exercício de sua sexualidade (Marambaia, et al. 2020). A função sexual representa a interação complexa de vários fatores fisiológicos, psicológicos, físicos e interpessoais (World Health Organization, 2017), sendo definida por American Psychiatric Association (APA, 2013) como a capacidade de uma pessoa de responder sexualmente ou de sentir prazer sexual. Na mulher, a saúde sexual é uma parte vital e importante da vida em qualquer idade. Em particular, a gravidez e o parto provocam mudanças biológicas, psicológicas e sociais que podem influenciar a saúde sexual, tendo sido demonstrado que a função sexual diminui durante a gravidez e não volta aos níveis iniciais durante o período pós-parto (Gutzeit et al., 2019). Quando falamos em disfunção sexual, referimo-nos, então, a problemas que surgem durante o ciclo de resposta sexual, que impedem o indivíduo de sentir satisfação com a atividade sexual (Amiri et al., 2017).

Um aspeto importante que pode impactar a função sexual é o tipo de parto, que pode ser categorizado como parto vaginal espontâneo, parto vaginal com episiotomia, parto vaginal assistido, cesariana planeada ou cesariana de emergência (Fanshawe et al., 2023). Dados do estudo Euro-Peristat (Macfarlane et al., 2016) indicam que 66,20% dos partos na UE foram vaginais espontâneos, 7,5% foram vaginais assistidos, 10,70% foram cesarianas planeadas e 12,90% foram cesarianas de emergência. Além disso, a taxa de episiotomia variou de 16,00% a 38,00% na maioria dos países europeus, com Portugal, Polónia, Roménia e Chipre a apresentar as maiores taxas. Dados mais recentes mostram que a taxa de cesarianas continua a aumentar: em 2020/2021, 33,50% de todos os partos nos hospitais do NHS na Inglaterra foram cesarianas. Aumentos similares nas taxas de cesarianas podem ser observados em outros países europeus, como na América do Norte, (31,60%); na América Latina e no Caribe (42,80%); na África (9,20%), com a África do Norte apresentando uma taxa de 32,00% e a África Subsaariana 5,00%. No Brasil, as

taxas de cesariana são particularmente altas, atingindo 55,90%, com taxas ainda mais elevadas no setor privado (72,00%) (Fanshawe et al., 2023).

Ao longo do período gravídico-puerperal podem existir momentos em que a função sexual das mulheres sofre alterações, nomeadamente aquando do nascimento dos seus filhos, incluindo na sua função sexual a longo prazo. A redução da função sexual é um importante indicador de morbidade materna (Andreucci et al.,2015) e determinante da qualidade de vida em mulheres em idade reprodutiva; as taxas de disfunção sexual foram até 64% seis meses após o parto e aproximadamente 6,40% das mulheres não sentiram prazer físico nas suas relações sexuais 18 meses após o parto (Jamali et al., 2018 & Lagaert et al., 2017). Após o parto, a função sexual pode sofrer uma redução significativa devido a fatores como complicações durante a gravidez, diferentes características do parto, alterações fisiológicas e psicológicas pós-parto, depressão pós-parto e muitos outros (Gutzei et al.,2020). Existem três mecanismos que podem contribuir para a disfunção sexual após o parto: dispareunia, lesão no canal do parto e saúde geral da mãe. Portanto, diferentes tipos de parto, como cesariana, parto instrumental ou espontâneo ou episiotomia, podem influenciar a função sexual da mãe de formas distintas (Handa VL. 2006 citado por Lurie et al., 2013).

Com base na pesquisa de Fanshawe et al. (2023), concluímos que, apesar de existir literatura sobre o impacto do modo de parto na função sexual pós-parto, não há consenso sobre a associação entre o tipo de parto e a função sexual. Vários estudos de coorte mostram que mulheres que tiveram parto vaginal espontâneo (com períneo intacto) são mais propensas a retomar o sexo vaginal entre seis a oito semanas pós-parto em comparação com aquelas que tiveram episiotomia, parto vaginal assistido ou cesariana (McDonald et al., 2013; McDonald, et al., 2019). Outro estudo de coorte revelou que, aos dois meses pós-parto, 43% das mulheres que tiveram cesariana enfrentaram pelo menos um problema ao tentar a relação sexual, e o parto vaginal assistido foi significativamente associado à dor perineal persistente após dois meses quando comparado ao parto vaginal espontâneo (McDonald et al., 2019). No entanto, um estudo de coorte não mostrou uma associação clara entre o modo de parto e a função sexual no curto prazo (Faisal-Cury et al., 2015). Outro estudo mostrou que 35% das mulheres sofreram perda do desejo sexual até 8-9 meses após o parto (Barrett et al., 1999). Vale ressaltar que outros fatores, como menopausa, saúde mental e saúde física, também podem impactar a função sexual pós-parto a longo prazo e, fatores como disfunção sexual prévia à gravidez, sintomas

depressivos, status de amamentação, paridade e lacerações perineais são potenciais variáveis de confusão (Fanshawe et al., 2023).

Nos primeiros 3 meses pós-parto, muitas das mulheres enfrentam problemas relacionados com a função sexual, como dispareunia, diminuição da libido, dificuldade em atingir o orgasmo e secura vaginal. Geralmente, esses problemas são resolvidos no final do primeiro ano pós-parto (Lurie et al., 2013). Os scores de desejo, excitação, lubrificação, satisfação e dor diminuíram significativamente aos 3 meses pós-parto no grupo parto vaginal e episiotomia medio lateral esquerda (MLE) e os scores de desejo, excitação e dor permaneceram reduzidos no 6º mês em comparação aos scores iniciais (Kahramanoglu et al., 2017).

A retoma da atividade sexual é independente do tipo de parto (vaginal ou cesariana), às 6 semanas pós-parto, foi relatado que as mulheres que tiveram parto vaginal sem episiotomia voltaram à atividade sexual mais rapidamente do que aquelas com episiotomia e mulheres após os partos vaginais apresentam dor vaginal e obviamente piora após o parto vaginal com episiotomia (Lurie et al., 2013).

De um modo geral, de acordo com Fanshawe et al. (2023), a disfunção sexual que persiste além de seis meses pós-parto tem maior probabilidade de impactar o bem-estar materno: mulheres com função sexual prejudicada tendem a ter piores pontuações em todos os domínios da qualidade de vida; e mulheres aos seis meses pós-parto com piores pontuações de função sexual são mais propensas a ter piores pontuações para saúde geral e função física. No contexto da episiotomia, as mulheres que passam por episiotomia frequentemente relatam maiores dificuldades na recuperação sexual, com maior probabilidade de experimentar dor persistente durante o sexo e menor satisfação sexual em comparação com aquelas que não tiveram o procedimento (Fanshawe et al., 2023).

4.1.3 Intervenção do EESMO com a mulher/casal no pós-parto

Na sequência da discussão anterior surge, naturalmente, a necessidade da intervenção do EESMO junto da mulher/casal no período pós-parto. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), o puerpério começa cerca de uma hora após a expulsão da placenta e dura aproximadamente seis semanas. No entanto, a OMS recomenda que os cuidados pós-parto devam continuar pelo menos seis meses, conforme os princípios dos

períodos críticos de seis horas, seis semanas e seis meses, que indicam momentos importantes para a revisão e monitorização da saúde da mãe e do bebé (OMS, 2022).

Durante o período em que a puérpera está hospitalizada, é o momento ideal para que os EEESMO desempenhem um papel ativo na promoção da saúde da mulher, diagnóstico precoce e prevenção de complicações no período pós-natal (Regulamento nº 391/2019, de 03 de maio). O EESMO, fundamentado em conhecimentos científicos e técnicos, deve integrar competências específicas, como cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-natal (Parecer n.º 23/201, OE, 2011). Neste período, observa-se uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas que ocorreram durante a gravidez, e é essencial que as mulheres recebam monitorização adequada para garantir uma recuperação saudável e eficaz. Assim, no contexto do puerpério, a principal meta dos cuidados de enfermagem é guiar a puérpera para um estado de autonomia esclarecida, que permita atingir o equilíbrio necessário na maternidade (Burroughs, 1995). O papel do enfermeiro durante o puerpério é fundamental, pois envolve fornecer atenção, conforto e orientações sobre as mudanças que ocorrem no ciclo gravídico-puerperal. Após o parto, é fundamental o bem-estar físico e emocional da mulher e do casal, a atenção não deve ser direcionada exclusivamente ao bebé.

O EESMO deve informar a mulher e o casal sobre o procedimento, o motivo pelo qual foi realizada a episiotomia e os cuidados necessários para a recuperação, como uma correta higiene, estar alerta sobre sinais de infeção (como vermelhão, dor intensa), sugerir se necessários métodos para aliviar o desconforto como banhos de assento, aplicação de gelo, diminuição da pressão local e se necessária administração de analgésicos (Sequeira et al., 2020).

A intervenção do EESMO no pós-parto deve ser abrangente e centrada na mulher, abordando tanto os aspetos físicos quanto emocionais da função sexual. Com uma abordagem empática e informada, o EESMO pode ajudar a puérpera a seguir pelas mudanças pós-parto e promover um retorno saudável e satisfatório à atividade sexual criando um ambiente seguro para mulher/ casal para discutirem as suas preocupações e expectativas em relação à retoma da vida sexual, abordar questões como a dor, secura vaginal e alterações de sensibilidade oferecendo orientações e se necessário encaminhamento para outros profissionais de saúde.

4.2 Justificação do Estudo

Neste contexto a escolha da temática do estudo surgiu da experiência profissional na circunstância do puerpério, onde foi observado que muitos casais expressavam dúvidas e preocupações sobre o retorno à atividade sexual após o parto. Eles frequentemente questionavam o momento apropriado para retomar a atividade sexual e manifestavam inquietações relacionadas com os tecidos perineais e a episiorrafia, que é uma consequência direta da episiotomia.

Pesquisas como a de Leal et al. (2013) revelam que mulheres submetidas à episiotomia/episiorrafia relataram níveis elevados de dor durante a relação sexual pós-parto em comparação com o período gestacional, além de apresentarem níveis mais baixos de desejo sexual, excitação e lubrificação vaginal após o parto. Apesar de relatarem valores mais elevados de orgasmo no pós-parto, a dor persistiu como um fator significativo. Os estudos também mostraram que, aos 3 meses pós-parto, os scores de Desejo, Excitação e Lubrificação diminuíram significativamente no grupo de parto vaginal com episiotomia médio-lateral, e esses scores continuaram reduzidos aos 6 meses em comparação com os scores iniciais. Comparado ao grupo cesariana, o grupo de parto vaginal com episiotomia médio-lateral apresentou menor satisfação e maiores níveis de dor aos 3 meses pós-parto (Kahramanoglu et al., 2017).

As orientações fornecidas pelos EEESMO sobre a episiotomia e estratégias para lidar com as preocupações e desafios relacionados com a intimidade sexual ajudam as mulheres a sentirem-se mais confiantes e confortáveis para explorar sua sexualidade durante esse período de transição. Rosado et al. (2021) destacam a importância das informações prestadas às mulheres pelos enfermeiros durante a gravidez e após o parto, pois essas informações auxiliam na retoma e vivência da sexualidade.

Reconhecer a importância da sexualidade na vida de um casal e considerar as questões relacionadas ao retorno da atividade sexual após o parto é fundamental. O desenvolvimento desta temática pretende ser um contributo para os cuidados especializados, auxiliando os profissionais de saúde envolvidos a um melhor desempenho profissional com vista ao atendimento de excelência a mulher/casal.

4.3 Importância do Estudo para a População Alvo

A importância deste estudo para a população-alvo é significativa, especialmente considerando o impacto potencial da episiotomia na função sexual das mulheres. A episiotomia, pode resultar numa série de efeitos adversos que afetam negativamente a qualidade de vida da mulher, dor, desconforto e disfunção sexual, que podem provocar alterações tanto físicas quanto psicológicas. Tais mudanças podem, por sua vez, afetar a intimidade sexual e o relacionamento da mulher com seu parceiro (Fanshawe et al, 2023).

Este estudo pode fornecer uma base valiosa para a prática clínica fundamentada em evidências científicas, facultando dados essenciais para a tomada de decisões informadas sobre a necessidade ou não da episiotomia, além de orientar os profissionais de saúde sobre como oferecer aconselhamento adequado às pacientes. Garantir que as mulheres recebam orientação e tratamento apropriados para enfrentar possíveis problemas sexuais ou emocionais resultantes da episiotomia é crucial para a qualidade do cuidado pós-parto.

Em resumo, a importância deste estudo reside na expectativa de que os resultados possam contribuir para um entendimento mais claro e fundamentado sobre o impacto da episiotomia, informando políticas e práticas que promovam o bem-estar integral das mulheres durante e após o parto. Isso não apenas ajuda a assegurar que as mulheres recebam o melhor atendimento possível, mas também contribui para a formulação de práticas clínicas mais informadas e sensíveis às necessidades das pacientes.

4.4 Impacto da Investigação

O impacto refere-se ao resultado da influência de uma intervenção específica. Avaliar o impacto não se limita a verificar apenas os resultados observados, mas também a compreender as razões por trás desses resultados. Essa avaliação é crucial para tomar decisões informadas sobre a continuidade e a aplicabilidade da intervenção, permitindo identificar o que funcionou, o que não funcionou e como os aspetos eficazes podem ser ajustados ou ampliados. Além disso, a avaliação do impacto revela os processos de mudança que levaram aos resultados observados, contribuindo para a aprendizagem e a criação de conhecimento (Amaral, 2013).

No contexto da presente investigação, o impacto refere-se aos efeitos da episiotomia na função sexual feminina. Avaliar esse impacto pode trazer contribuições significativas para a prática clínica, fornecendo evidências importantes sobre como a episiotomia

influencia o bem-estar das mulheres. Esses dados são essenciais para entender melhor os efeitos dessa intervenção e orientar práticas futuras que promovam a saúde e o conforto das mulheres no pós-parto.

Assim, o presente estudo procura investigar o impacto da episiotomia na função sexual da mulher.

4.5 Questão de Investigação

Para que a questão de investigação seja considerada robusta e adequada, é importante que ela atenda a critérios específicos, conforme o modelo FINER (Factível, Interessante, Inovadora, Ética e Relevante) estabelecido por Fontelles et al. (2009).

Portanto, a questão de investigação elaborada para este estudo foi: "*Qual o impacto da episiotomia na função sexual da mulher?*"

4.6 Objetivo Geral

O objetivo geral do estudo é *Analisar o impacto da episiotomia na função sexual da mulher.*

4.7 Objetivos Específicos

Para alcançar uma compreensão detalhada e abrangente do impacto da episiotomia na função sexual da mulher, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Relacionar a episiotomia com a função sexual feminina após o parto na dimensão, Desejo.
- Relacionar a episiotomia com a função sexual feminina após o parto na dimensão, Excitação.
- Relacionar a episiotomia com a função sexual feminina após o parto na dimensão, Lubrificação.
- Relacionar a episiotomia com a função sexual feminina após o parto na dimensão, Orgasmo.
- Relacionar a episiotomia com a função sexual feminina após o parto na dimensão, Satisfação.
- Relacionar a episiotomia com a função sexual feminina após o parto na dimensão, Dor.

4.8 Metodologia

4.8.1 Tipo de Estudo

A presente investigação é um estudo observacional, analítico e transversal, que tem como principal finalidade descrever variáveis e examinar algumas relações entre elas, tendo por base a definição de Castro (2018) de que esta abordagem é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseando-se na observação de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.

4.8.2 População/Amostra

Para a realização deste estudo foi considerada como população as mulheres internadas no serviço de obstetrícia do ULSTS, no período de 12 de maio a 12 de julho de 2024.

Tendo em conta que se registam 1523 partos vaginais no ano 2023 na ULSTS, sendo que foram efetuadas 162 episiotomias em múltiparas em partos vaginais no ano 2023, a amostra representativa da população com um grau de confiança de 95% e margem de erro de 5% terá de ter a dimensão de 115 inquiridas. Dimensão da amostra calculada a partir de: <http://www.raosoft.com/samplesize.html>.

Definiram-se como critérios de inclusão: mulheres que compreendem a língua portuguesa; mulheres com idade entre os 20 anos e 50 anos; mulheres com episiotomia ou períneo intato no parto anterior e como critérios de exclusão as mulheres com lacerações, parto por cesariana no parto anterior. Após a aplicação dos critérios a amostra final ficou constituída por 71 mulheres.

4.8.3 Instrumentos de Recolha de Dados

Para a recolha de dados foram selecionados dois instrumentos de dados (Anexo B): um questionário, construído pela investigadora, que foi utilizado para a colheita de dados sociodemográficos e questões relacionadas com a paridade da mulher (tipo de parto, se teve ou não episiotomia e data do parto anterior, número de filhos e número de partos). Um segundo instrumento que foi usado para avaliação da função sexual da mulher foi o Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), conforme Tabela 2. Este Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), contém as questões com vista à operacionalização do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), cuja versão

portuguesa foi validada por Pechorro et al., 2009. O Índice de Funcionamento Sexual Feminino é um questionário de 19 itens construído especificamente para avaliar dimensões chave do funcionamento sexual em mulheres, nomeadamente: Desejo (dois itens), Excitação (quatro itens), Lubrificação (quatro itens), Orgasmo (três itens), Satisfação (três itens) e Dor (três itens). As Dimensões que o constituem refletem, na sua maioria, uma correspondência com as diferentes fases do funcionamento sexual, nas quais se baseiam atualmente os critérios clínicos de diagnóstico de disfunções sexuais (Pechorro et al., 2009).

Os itens que compõem o FSFI apresentam cinco ou seis opções de resposta, das quais a mulher deve selecionar apenas uma. Cada opção de resposta em um item corresponde a um valor que pode variar de 0 a 5 ou de 1 a 5. Nos itens 3 a 14 e 17 a 19, a escala vai de 0 a 5, enquanto nas questões 1, 2, 15 e 16, a escala vai de 1 a 5. O resultado global é obtido somando os valores de cada domínio, multiplicados pelo fator correspondente, resultando em um valor total que pode variar entre 2 e 36. A pontuação total do FSFI é a soma das pontuações de todas as dimensões, cujos valores variam de 0 a 6 ou de 1,2 a 6, com o valor final variando entre 2 e 36. Pontuações mais altas indicam melhores níveis de função sexual. (Pechorro et al., 2009).

Tabela 2 - Itens por Dimensão do FSFI

Item n. °	Descrição	Dimensão
1	Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?	Desejo
2	Como classificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?	Desejo
3	Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou relação sexual?	Excitação
4	Como classificaria seu nível de excitação sexual durante a atividade sexual ou relação sexual?	Excitação
5	Qual a sua confiança em conseguir ficar sexualmente excitada durante atividade sexual ou relação sexual?	Excitação
6	Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante atividade sexual ou relação sexual?	Excitação
7	Com que frequência ficou lubrificada (“molhada”) durante atividade sexual ou relação sexual?	Lubrificação
8	Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (“molhada”) durante atividade sexual ou relação sexual?	Lubrificação
9	Com que frequência manteve a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da atividade sexual ou da relação sexual?	Lubrificação
10	Qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da atividade sexual ou relação sexual?	Lubrificação
11	Quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?	Orgasmo
12	Quando teve estimulação sexual ou relação sexual, qual a dificuldade que teve para atingir o orgasmo (clímax)?	Orgasmo
13	Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante atividade sexual ou relação sexual?	Orgasmo
14	Qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a atividade sexual?	Satisfação
15	Qual foi o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?	Satisfação
16	Qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?	Satisfação
17	Com que frequência sentiu desconforto ou dor <u>durante</u> a penetração vaginal?	Dor
18	Com que frequência sentiu desconforto ou dor <u>após</u> a penetração vaginal?	Dor
19	Como classificaria o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?	Dor

4.8.4 Variáveis de Investigação

4.8.4.1 Variável dependente

Como *variável dependente* foi considerada a *Função Sexual*. Neste estudo a Função sexual foi dividida em seis Dimensões: Desejo, Excitação; Lubrificação; Orgasmo; Satisfação e Dor. Será avaliada através do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF) anteriormente explicitado.

O Desejo refere-se ao nível de interesse ou vontade de ter atividade sexual, enquanto a excitação envolve a resposta física e emocional à estimulação sexual (Kalpan, 1979; Masters & Johnson, 1966).

A Lubrificação aborda a capacidade de lubrificação vaginal durante a excitação sexual, importante para evitar desconforto durante a relação (Leiblum & Rosen, 2000).

O Orgasmo avalia a capacidade de atingir o clímax sexual e a intensidade dessa experiência (Mah & Binik, 2001).

A Satisfação está relacionada ao nível de contentamento com a vida sexual em geral, incluindo a conexão emocional com o parceiro (Lawrance & Byers, 1995).

A Dor refere-se à presença de dor durante ou após a relação sexual, o que pode afetar negativamente a experiência sexual (Pukall et al., 2020).

Tabela 3 - Chave dos Itens das Dimensões FSFI

Itens	Opção de resposta
Item 1	5=Quase sempre ou sempre. 4=A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) 3=Algumas vezes (cerca de metade das vezes) 2=Poucas vezes (menos de metade das vezes) 1=Quase nunca/ nunca
Item 2	5= Muito elevado 4=Elevado 3=Moderado 2=Baixo 1=Muito baixo / nenhum
Itens 3 ; 6 ; 7 ; 9 ; 11	0=Não tive atividade sexual 5= Quase sempre ou sempre 4=A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) 3=Algumas vezes (cerca de metade das vezes) 2=Poucas vezes (menos de metade das vezes) 1=Quase nunca/ nunca
Item 4	0=Não tive atividade sexual 5=Muito elevado 4=Elevado 3=Moderado 2=Baixo 1=Muito baixo/ nenhum
Item 5	0=Não tive atividade sexual 5=Confiança muito elevada 4=Confiança elevada 3=Confiança moderada 2=Confiança baixa 1=Confiança muito baixa/ nenhuma confiança
Itens 8 ; 10 ; 12	0=Não tive atividade sexual 1=Extremamente difícil ou impossível 2=Muito difícil 3=Difícil 4=Ligeiramente difícil 5=Nenhuma dificuldade
Itens 13 ; 14	0=Não tive atividade sexual 5=Muito satisfeita 4=Moderadamente satisfeita 3=Igualmente satisfeita e insatisfeita 2=Moderadamente insatisfeita 1=Muito insatisfeita
Itens 15 ; 16	5=Muita satisfeita 4=Moderadamente satisfeita 3=Igualmente satisfeita e insatisfeita 2=Moderadamente insatisfeita 1=Muito insatisfeita
Itens 17 ; 18	0=Não tentei ter relações sexuais 1=Quase sempre/ sempre 2=A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) 3=Algumas vezes (cerca de metade das vezes) 4=Poucas vezes (menos de metade das vezes) 5=Quase nunca/ nunca
Item 19	0=Não tentei ter relações sexuais 1=Muito elevado 2=Elevado 3=Moderado 4=Baixo 5=Muito baixo/ nenhum

4.8.4.2 Variáveis Independentes

Operacionalização e categorização das Variáveis independentes

Tabela 4 - Operacionalização das Variáveis independentes

Variáveis sociais e demográficas	Operacionalização	Categorização
Idade (Anos)	Idade é definida como o Intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência. (Instituto Nacional de Estatística, INE, s.d), considerada em anos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 20-24 2. 25- 29 3. 30-34 4. ≥ 35
Estado civil	Situação jurídica da pessoa composta pelo conjunto das qualidades definidoras do seu estado pessoal face às relações familiares, que constam obrigatoriamente do registo civil. Compreende as seguintes: Solteiro; Casado/união de fato; Viúvo; Divorciado/separado (INE, s.d.).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solteira 2. Casada / União de facto 3. Divorciada / Separada 4. Viúva
Nível de escolaridade	Nível ou Grau mais elevado que foi concluído com êxito, ou para o qual se obteve equivalência, e que confere um certificado ou um diploma. (INE, s.d.).	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1º Ciclo 2. 2º Ciclo 3. 3º Ciclo 4. Ensino Secundário 5. Licenciatura 6. Pós-graduação/ Mestrado 7. Doutoramento
Naturalidade	Vínculo que liga a pessoa ao local de nascimento. Considera-se o lugar em que o nascimento ocorreu ou o lugar, em território português, da residência habitual da mãe à data do nascimento. (INE, s.d.).	<p>0 = Outra Naturalidade (resposta aberta)</p> <p>1 =Naturalidade Portuguesa.</p>
Variáveis Obstétricas	Operacionalização	Categorização
Episiotomia	Envolve fazer uma incisão controlada na região perineal para ampliar a abertura vaginal, a fim de facilitar partos difíceis. (Yilmaz et al., 2023).	<p>0 = não episiotomia;</p> <p>1 = episiotomia.</p>
Número de Partos	Completa expulsão ou extração do corpo materno de um ou mais fetos, de 22 ou mais semanas de gestação, ou com 500 ou mais gramas de peso, independentemente da existência ou não de vida e de ser espontâneo ou induzido. (INE, s.d.).	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 2. 2 3. 3 4. >4
Tipo de parto	O parto é o conjunto de processos fisiológicos através do qual o útero gravídico expulso o feto. Pode ser vaginal ou cesariano, sendo que o parto vaginal é o conjunto de fenômenos fisiológicos e mecânicos, no qual ocorre a expulsão do feto e anexos do corpo feminino pelo canal vaginal, sem intervenção cirúrgica. Já, o parto cesariano é realizado com intervenção cirúrgica, sendo que o corte é feito na região abdominal inferior para a retirada do bebé (Carvalho, 2013).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vaginal 2. Cesariana

4.8.5 Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada no período entre 12 de maio e 12 de julho do ano de 2024, ocorrendo diariamente durante o turno de trabalho diurno ou turno noturno. A recolha foi realizada por mim e pela enfermeira especialista do serviço em questão, conforme os nossos turnos. Cada sessão de recolha de dados durou cerca de 1 hora por dia, sendo realizada entre 8h30 e 9h30 ou 19h e 20h ou entre 20:30 h e 21:30 h. A flexibilidade nos horários permitiu garantir a consistência e a continuidade da recolha, independentemente das mudanças de turno.

O processo envolveu a entrega e o preenchimento dos instrumentos de recolha de dados diretamente às mulheres internadas no serviço de obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa (ULSTS).

Os questionários foram preenchidos pelas mulheres na sua própria enfermaria, proporcionando um ambiente que respeitou a privacidade e a confidencialidade das participantes. A recolha de dados foi conduzida presencialmente pela pesquisadora principal, que estava a desenvolver o Estágio no Bloco da Unidade Local Tâmega e Sousa (ULSTS). A investigadora participou no estudo antes ou após os seus turnos, garantindo que o processo não interferisse nas suas atividades regulares. Além disso, a colaboradora, uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica do serviço de obstetrícia e atuando como "elo de ligação", ajudou na recolha de dados durante os seus turnos, auxiliando na entrega e explicação dos instrumentos de recolha às mulheres.

As mulheres foram convidadas a participar no estudo voluntariamente e tiveram a opção de não responder ao questionário a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de prejuízo. A confidencialidade das respostas foi rigorosamente mantida.

4.8.6 Tratamento dos Dados

Neste estudo, após a recolha dos dados foi realizada a codificação e inserção em base de dados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26.0, onde se realizou o tratamento estatístico. O tratamento foi efetuado tendo em consideração os objetivos do estudo.

Para a análise descritiva recorreu-se às distribuições de frequências e às medidas estatísticas: média, desvio padrão e mediana. Determinou-se o coeficiente *Alpha de Cronbach* para avaliar a consistência interna das dimensões da escala, Hill & Hill (2005).

Na análise inferencial foram usados os testes não paramétricos: *Mann-Whitney* para comparação de médias entre dois grupos independentes.

Recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Spearman*, dado que não se verificou o pressuposto da normalidade, para medir a relação linear entre as dimensões da escala. O valor de significância foi de 5%.

4.8.7 Procedimentos Éticos

O Estatuto da OE e REPE refere que “no exercício das suas funções, os Enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015, p.101).

No desenvolvimento do estudo foram salvaguardados os direitos das participantes e os princípios éticos, tendo em conta a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Os dados recolhidos foram armazenados numa base de dados segura, com acesso restrito, e foram posteriormente tratados conforme os procedimentos nacionais em vigor de acordo com o Compromisso de Honra e a Declaração de Interesses.

O estudo foi submetido e obteve parecer favorável da Comissão Ética da ULSTS (Anexo D).

Após o tratamento, todas as informações foram eliminadas de forma a garantir a manutenção da confidencialidade e o cumprimento das normas éticas e legais aplicáveis.

Importante ressaltar que apenas os profissionais diretamente envolvidos no estudo participaram na recolha de dados e em nenhuma etapa do estudo houve a participação de outros profissionais do serviço de obstetrícia ou de outros serviços. Esse procedimento rigoroso garantiu a integridade e a consistência da colheita de dados, assegurando a validade e a precisão das informações obtidas.

Nesta vertente, a participação das mulheres no estudo foi voluntária, sendo precedida de informação sobre o seu âmbito e a sua finalidade, foi garantido o anonimato da sua identidade, a confidencialidade dos dados, bem como a garantia que os dados recolhidos apenas são utilizados para este estudo.

A cada participante foi entregue um consentimento informado, esclarecido e livre que assinou para autorizar a sua participação no estudo (Anexo A) e prosseguir na participação do estudo.

4.9 Apresentação dos Resultados

Para proporcionar uma melhor contextualização dos resultados referentes à amostra selecionada expõem-se os principais resultados do estudo “Impacto da episiotomia na função sexual da mulher”.

Apresenta-se a análise descritiva e analítica dos dados obtidos através dos instrumentos de recolha de dados.

Na Tabela 5 apresentam-se as características sociodemográficas e profissionais da amostra inquirida.

Tabela 5 - Características sociodemográficas e profissionais da amostra

Variáveis sociodemográficas e profissionais	Opções de resposta	n	%
Idade (anos)	20-24	10,00	14,10
	25-29	10,00	14,10
	30-34	23,00	32,40
	≥ 35	28,00	39,40
	Total	71,00	100,00
Estado civil	Solteiro	11,00	15,50
	Casado/União de facto	60,00	84,50
	Total	71,00	100,00
Naturalidade	Portuguesa	67,00	94,40
	Angolana	2,00	2,80
	Brasileira	2,00	2,80
	Total	71,00	100,00
Habilitações literárias	Até 3.º Ciclo	21,00	29,60
	Secundário	39,00	54,90
	Superior	11,00	15,50
	Total	71,00	100,00

Participaram no estudo 71 mulheres. Em termos da distribuição por *Idade* verifica-se que as mulheres com 35 ou mais anos eram as que estavam em maior percentagem com 39,40%, casadas ou união de facto (84,50%) e a maioria tinha nacionalidade portuguesa, 94,40%, completaram o ensino secundário, 54,90%

Tabela 6 - Características da amostra relativamente à saúde sexual e reprodutiva da mulher

Variáveis de saúde sexual e reprodutiva	Opções de resposta	n	%
Número de filhos	Um	7,00	9,90
	Dois	47,00	66,20
	Três	13,00	18,30
	≥ quatro	4,00	5,60
	Total	71,00	100,00
Número de partos	Dois	53,00	74,60
	Três	13,00	18,30
	≥ quatro	5,00	7,00
	Total	71,00	100,00
Tipo de parto	Vaginal	64,00	90,10
	Cesariana	7,00	9,90
	Total	71,00	100,00
Há quantos anos foi o parto anterior	≤ 5 anos	48,00	67,60
	≥ 6 anos	23,00	32,40
	Total	71,00	100,00
Episiotomia	Não	34,00	47,90
	Sim	37,00	52,10
	Total	71,00	100,00

Relativamente ao *Número de filhos*, o mais comum foi as mulheres terem dois, 66,20%, com dois partos para a maioria 74,60%, o Parto anterior foi no máximo há cinco anos para 67,60%. Mais de metade das mulheres *foi submetida a episiotomia* 52,10%

Tabela 7 - Caracterização das Dimensões da FSFI

Dimensão	Itens	Fator	Alfa de Cronbach	Min-Max	$\bar{X} \pm s$
Desejo	1, 2	0,6	0,825	1,20-6,00	3,87±1,06
Excitação	3, 4, 5, 6	0,3	0,871	2,40-6,00	4,60±0,92
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0,3	0,671	2,10-6,00	4,88±0,91
Orgasmo	11, 12, 13	0,4	0,718	2,40-6,00	4,90±0,90
Satisfação	14, 15,16	0,4	0,854	1,20-6,00	5,39±0,88
Dor	17, 18, 19	0,4	0,921	1,20-6,00	4,70±1,29
Score global	Soma dimensões		0,914	15,90-36,00	28,32±4,47

\bar{X} – Média; s – Desvio padrão; Min – Max – Mínimo – Máximo

O estudo de fidelidade do instrumento aplicado ao grupo em estudo revelou os seguintes valores de consistência interna: na dimensão Dor, o *Alfa de Cronbach* foi de 0,921, na Dimensão Excitação foi de 0,871, na Dimensão Satisfação foi de 0,854, na Dimensão, Desejo foi de 0,825, na Dimensão Orgasmo foi de 0,718 e na Dimensão Lubrificação foi de 0,671 revelando-se este Índice, no *score* global, com uma consistência muito boa. (Marôco & Marques, 2006; Pestana & Gageiro, 2008).

A Dimensão Satisfação obteve o resultado médio mais elevado (5,39±0,88), seguida pelas Dimensões Orgasmo (4,90±0,90), Lubrificação (4,88±0,91), Excitação (4,60±0,92), Dor (4,70±1,29). Por fim, a Dimensão, Desejo, que apresentou o resultado médio mais baixo (3,87±1,06). Verifica-se que, quanto mais elevado o resultado e mais próximo de 6 (seis), melhor o desempenho e satisfação da mulher.

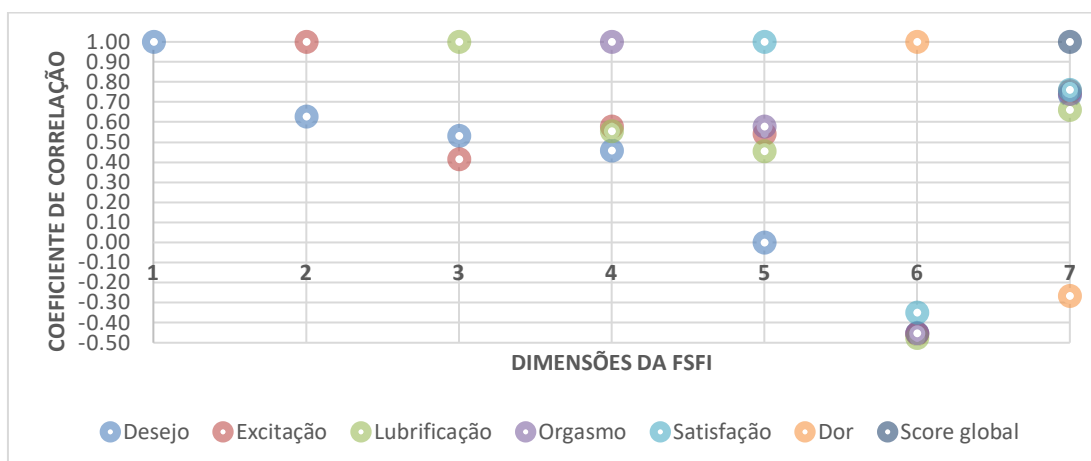
De modo a determinar a correlação entre as dimensões recorreu-se ao coeficiente de *Spearman*, uma vez que não se verificou a normalidade das distribuições envolvidas. Na Tabela 8 apresentam-se os resultados.

Tabela 8 - Correlação de *Spearman* entre as Dimensões da FSFI

	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	Score global
Desejo	1	0,629** (0,000)	0,533** (0,000)	0,458** (0,000)	0,547** (0,000)	-0,453** (0,000)	0,733** (0,000)
Excitação		1	0,414** (0,000)	0,578** (0,000)	0,543** (0,000)	-0,445** (0,000)	0,755** (0,000)
Lubrificação			1	0,556 (0,000)	0,454** (0,000)	-0,477** (0,000)	0,660** (0,000)
Orgasmo				1	0,577** (0,000)	-0,453** (0,000)	0,740** (0,000)
Satisfação					1	-0,349** (0,002)	0,760** (0,000)
Dor						1	-0,266* (0,025)
Score global							1

Entre parênteses o valor de prova. ** - Significativo a 1%.

Gráfico 1-Correlação de *Spearman* entre as Dimensões da FSFI



Pela análise da Tabela 8 e Gráfico 1 verifica-se que todas as Dimensões se encontram significativamente correlacionadas entre si e com o *score* global. De referir que a Dor apresenta coeficientes de correlação significativos com as outras Dimensões e com o *score* global com intensidade baixa a moderada e sentido negativo, ou seja, quando a Dor aumenta, o Desejo, a Excitação, a Lubrificação, a Satisfação e o *score* global diminuem. Entre as outras Dimensões os coeficientes são de intensidade moderada e positivos, ou seja, o aumento de um está linearmente correlacionado com o aumento de outro.

Na Tabela 9 apresentam-se os resultados das dimensões da FSFI relativos à realização de episiotomia.

Tabela 9 - Resultados das Dimensões da FSFI relativos à Realização de Episiotomia

Dimensão	Fez episiotomia	$\bar{X} \pm s$	\tilde{X}	Z (p)
Desejo	Não	4,08±1,03	3,90	-1,470
	Sim	3,68±1,06	3,60	(0,142)
Excitação	Não	4,75±0,91	4,95	-1,401
	Sim	4,46±0,91	4,80	(0,161)
Lubrificação	Não	5,09±0,80	5,40	-1,799
	Sim	4,68±0,97	4,80	(0,072)
Orgasmo	Não	5,01±0,78	5,00	-0,806
	Sim	4,79±0,99	4,80	(0,420)
Satisfação	Não	5,32±0,96	5,60	-0,777
	Sim	5,45±0,81	6,00	(0,437)
Dor	Não	4,73±1,32	5,00	-0,296
	Sim	4,67±1,28	4,80	(0,766)
Score global	Não	28,97±4,31	29,05	-1,105
	Sim	27,73±4,58	29,10	(0,269)

\bar{X} – Média; s – Desvio padrão; \tilde{X} – Mediana; Z(p) – Estatística, Teste *Mann-Whitney* (nível de significância)

Atendendo aos resultados apresentados na Tabela 9, apesar de se verificar praticamente em todas as Dimensões da Função sexual as mulheres *fizeram episiotomia* apresentaram resultados médios e medianos mais reduzidos do que as mulheres que *não fizeram episiotomia*, conclui-se que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Na Tabela 10 expõem-se os resultados das dimensões da FSFI relativos à realização de episiotomia considerando a Idade da mulher

Tabela 10 - Resultados das dimensões da FSFI relativos à realização de episiotomia considerando a Idade.

Dimensão	Idade (Anos)	Fez episiotomia	$\bar{X} \pm s$	\tilde{X}	Z (p)
Desejo	20-34	Não	4,01±1,00	3,60	-1,106
		Sim	3,60±1,20	3,60	(0,269)
	≥ 35	Não	4,16±1,10	4,20	-0,895
		Sim	3,83±0,76	3,60	(0,371)
Excitação	20-34	Não	4,64±1,01	4,80	-0,725
		Sim	4,43±0,98	4,50	(0,468)
	≥ 35	Não	4,88±0,79	5,10	-1,511
		Sim	4,52±0,80	4,80	(0,131)
Lubrificação	20-34	Não	5,01±0,88	4,80	-1,098
		Sim	4,63±1,01	4,80	(0,272)
	≥ 35	Não	5,20±0,71	5,40	-1,309
		Sim	4,78±0,91	4,80	(0,190)
Orgasmo	20-34	Não	4,99±0,82	5,20	-0,706
		Sim	4,75±1,04	4,80	(0,480)
	≥ 35	Não	5,04±0,75	4,80	-0,351
		Sim	4,86±0,94	5,20	(0,726)
Satisfação	20-34	Não	5,31±1,11	5,60	-0,520
		Sim	5,43±0,87	5,80	(0,603)
	≥ 35	Não	5,33±0,77	5,60	-0,579
		Sim	5,48±0,74	6,00	(0,562)
Dor	20-34	Não	4,55±1,27	4,80	-0,358
		Sim	4,40±1,37	4,80	(0,720)
	≥ 35	Não	4,96±1,39	5,60	-0,262
		Sim	5,17±0,97	5,20	(0,793)
Score global	20-34	Não	28,50±4,42	29,00	-0,697
		Sim	27,23±4,76	28,10	(0,486)
	≥ 35	Não	29,57±4,25	30,10	-0,806
		Sim	28,64±4,27	30,80	(0,420)

\bar{X} – Média; s – Desvio padrão; \tilde{X} – Mediana; Z(p) – Estatística, Teste Mann-Whitney (nível de significância)

Pela análise dos resultados da Tabela 10 apesar de se verificar que as mulheres, que *fizeram episiotomia* apresentaram resultados médios mais reduzidos, em praticamente

todas as dimensões da Função sexual do que as mulheres que *não fizeram episiotomia* não houve associação estatisticamente significativa.

Na Tabela 11 apresentam-se os resultados das dimensões da FSFI relativos à realização de episiotomia considerando as Habilitações literárias da mulher.

Tabela 11- Resultados das Dimensões da FSFI relativos à realização de episiotomia considerando as Habilitações literárias.

Dimensão	Habilitações	Fez episiotomia	$\bar{X} \pm s$	\tilde{X}	Z (p)
Desejo	Até 3º ciclo	Não	3,35±0,65	3,60	-0,982
		Sim	3,60±0,99	3,60	(0,326)
	Pelo menos secundário	Não	4,47±0,99	4,80	-2,623
		Sim	3,71±1,10	3,60	(0,009)
Excitação	Até 3º ciclo	Não	4,10±0,73	3,90	-0,251
		Sim	4,03±1,06	4,50	(0,802)
	Pelo menos secundário	Não	5,10±1,06	5,40	-2,273
		Sim	4,60±0,83	4,80	(0,023)
Lubrificação	Até 3º ciclo	Não	4,65±0,78	4,50	-0,253
		Sim	4,53±1,13	4,80	(0,800)
	Pelo menos secundário	Não	5,33±0,72	5,40	-2,313
		Sim	4,73±0,93	4,80	(0,021)
Orgasmo	Até 3º ciclo	Não	4,60±0,93	4,80	-0,398
		Sim	4,76±0,77	4,80	(0,691)
	Pelo menos secundário	Não	5,24±0,70	5,20	-1,481
		Sim	4,80±1,00	5,00	(0,139)
Satisfação	Até 3º ciclo	Não	4,90±1,28	5,00	-1,172
		Sim	5,33±0,94	5,60	(0,241)
	Pelo menos secundário	Não	5,55±0,67	6,00	-0,120
		Sim	5,60±0,78	6,00	(0,904)
Dor	Até 3º ciclo	Não	4,60±1,45	5,00	-0,910
		Sim	5,20±0,92	5,20	(0,363)
	Pelo menos secundário	Não	4,80±1,28	5,00	-0,961
		Sim	4,50±1,35	4,80	(0,337)
Score global	Até 3º ciclo	Não	26,20±2,90	25,35	-1,102
		Sim	27,46±5,43	28,10	(0,271)
	Pelo menos secundário	Não	30,49±4,24	32,10	-2,444
		Sim	27,81±4,38	29,25	(0,015)

\bar{X} – Média; s – Desvio padrão; \tilde{X} – Mediana; Z(p) – Estatística, Teste *Mann-Whitney* (nível de significância)

Atendendo aos resultados apresentados na Tabela 11 verifica-se que apenas as mulheres com pelo menos ensino secundário que *fizeram episiotomia* apresentaram resultados médios e medianos mais reduzidos em todas as Dimensões, com exceção da Dimensão Satisfação. Inclusive no *score global* observa-se que as mulheres com pelo menos ensino secundário que *fizeram episiotomia* apresentam, em termos médios e medianos pior

Função sexual. Concluiu-se que as diferenças observadas entre mulheres com *pelo menos ensino secundário que fizeram episiotomia são estatisticamente significativas nas Dimensões Desejo* ($3,71 \pm 1,10$ vs. $4,47 \pm 0,99$; $p= 0,009$), *Excitação* ($4,60 \pm 0,83$ vs. $5,10 \pm 1,06$; $p= 0,023$), *Lubrificação* ($4,73 \pm 0,93$ vs. $5,33 \pm 0,72$; $p= 0,021$) e *score global* ($27,81 \pm 4,38$ vs. $30,49 \pm 4$; $p= 0,015$), apresentando médias mais reduzidas em relação às que não fizeram episiotomia

Na Tabela 12 apresentam-se os resultados das dimensões da FSFI relativos à realização de episiotomia considerando o Número de partos da mulher.

Tabela 12 - Resultados das dimensões da FSFI relativos à realização de episiotomia considerando o Número de partos.

Dimensão	N.º partos	Fez episiotomia	$\bar{X} \pm s$	\tilde{X}	Z (p)
Desejo	Dois partos	Não	4,12±1,04	3,90	-1,597
		Sim	3,60±1,13	3,60	(0,110)
	Pelo menos três partos	Não	4,00±1,07	3,90	-0,096
		Sim	4,10±0,45	4,20	(0,924)
Excitação	Dois partos	Não	4,84±0,95	5,10	-1,751
		Sim	4,38±0,97	4,80	(0,080)
	Pelo menos três partos	Não	4,58±0,86	4,50	-0,567
		Sim	4,85±0,40	4,80	(0,571)
Lubrificação	Dois partos	Não	5,20±0,81	5,40	-2,222
		Sim	4,57±1,01	4,50	(0,026)
	Pelo menos três partos	Não	4,90±0,77	4,95	-0,858
		Sim	5,25±0,45	5,25	(0,391)
Orgasmo	Dois partos	Não	5,04±0,74	5,00	-1,025
		Sim	4,71±1,05	4,80	(0,305)
	Pelo menos três partos	Não	4,97±0,88	5,00	-0,429
		Sim	5,20±0,57	5,20	(0,668)
Satisfação	Dois partos	Não	5,44±0,68	5,60	-0,116
		Sim	5,37±0,86	6,00	(0,908)
	Pelo menos três partos	Não	5,10±1,34	5,40	-1,513
		Sim	5,87±0,21	6,00	(0,130)
Dor	Dois partos	Não	4,76±1,37	5,00	-0,978
		Sim	4,50±1,32	4,80	(0,328)
	Pelo menos três partos	Não	4,67±1,28	5,00	-1,341
		Sim	5,53±0,53	5,60	(0,180)
Score global	Dois partos	Não	29,39±4,22	29,90	-1,661
		Sim	27,13±4,74	28,00	(0,097)
	Pelo menos três partos	Não	28,21±4,56	27,80	-0,937
		Sim	30,80±1,77	30,80	(0,349)

\bar{X} – Média; s – desvio padrão; \tilde{X} – Mediana; Z(p) – Estatística, Teste *Mann-Whitney* (nível de significância)

Os resultados apresentados na Tabela 12 permitem concluir que as mulheres com dois partos que *fizeram episiotomia* apresentaram resultados médios e medianos mais reduzidos em todas as Dimensões da Função sexual do que as que *não fizeram*

episiotomia. Apenas se verificou associação estatisticamente significativas na Dimensão Lubrificação ($4,57 \pm 1,01$ vs. $5,20 \pm 0,81$; $p= 0,026$).

Na Tabela 13 apresentam-se os resultados das dimensões da FSFI relativos à realização de episiotomia considerando a Temporalidade o Parto anterior da mulher.

Tabela 13 - Resultados das dimensões da FSFI relativos à realização de episiotomia considerando a Temporalidade do Parto anterior.

Dimensão	Temporalidade Parto anterior	Fez episiotomia	$\bar{X} \pm s$	\tilde{X}	Z (p)
Desejo	≤ 5 anos	Não	3,90±1,00	3,60	-0,320
		Sim	3,79±0,94	3,60	(0,749)
	≥ 6 anos	Não	4,33±1,06	4,50	-1,755
		Sim	3,33±1,38	3,60	(0,079)
Excitação	≤ 5 anos	Não	4,70±0,97	4,80	-0,916
		Sim	4,48±0,76	4,65	(0,360)
	≥ 6 anos	Não	4,82±0,86	5,10	-0,701
		Sim	4,40±1,34	5,10	(0,483)
Lubrificação	≤ 5 anos	Não	5,13±0,75	5,25	-1,949
		Sim	4,63±0,89	4,80	(0,051)
	≥ 6 anos	Não	5,04±0,90	5,40	-0,128
		Sim	4,83±1,23	4,80	(0,899)
Orgasmo	≤ 5 anos	Não	5,10±0,70	5,00	-1,161
		Sim	4,80±0,93	4,80	(0,245)
	≥ 6 anos	Não	4,89±0,89	5,00	-0,224
		Sim	4,76±1,24	5,20	(0,823)
Satisfação	≤ 5 anos	Não	5,26±1,16	5,60	-0,775
		Sim	5,57±0,58	6,00	(0,438)
	≥ 6 anos	Não	5,40±0,62	5,60	-0,068
		Sim	5,07±1,28	6,00	(0,946)
Dor	≤ 5 anos	Não	4,66±1,29	4,80	-0,275
		Sim	4,54±1,33	4,80	(0,783)
	≥ 6 anos	Não	4,83±1,41	5,20	-0,420
		Sim	5,07±1,08	5,60	(0,674)
Score global	≤ 5 anos	Não	28,75±4,27	29,05	-0,847
		Sim	27,81±3,93	28,60	(0,397)
	≥ 6 anos	Não	29,30±4,50	29,80	-0,693
		Sim	27,46±6,50	30,80	(0,488)

\bar{X} – Média; s – Desvio padrão; \tilde{X} – Mediana; Z(p) – Estatística, Teste *Mann-Whitney* (nível de significância)

Atendendo aos resultados apresentados na Tabela 13 concluiu-se que apesar de se verificar que as mulheres *que fizeram episiotomia* apresentaram resultados médios mais reduzidos, em praticamente todas as dimensões da Função sexual do que as mulheres que *não fizeram episiotomia* não houve associação estatisticamente significativa.

4.10 Discussão dos Resultados

Após a apresentação dos resultados, surge o momento de proceder à discussão dos principais resultados deste estudo.

4.10.1 Dados Sociodemográficos

Conforme mencionado anteriormente, a amostra é constituída por 71 mulheres recrutadas no período de 12 de maio a 12 de julho. O objetivo geral do presente estudo foi analisar o impacto da episiotomia na função sexual da mulher, através de várias Dimensões.

Relativamente aos dados sociodemográficos, verificamos que o intervalo de idades predominante das mulheres foi o de *superior ou igual a 35 anos*, correspondendo a 39,40% (28) das participantes. Estes resultados corroboram o estudo de Kramná e Vrublova (2016) que evidenciou a função sexual de mulheres 2 a 5 anos após o parto, com especial atenção para o impacto da episiotomia, a faixa etária mais prevalente foi a de mulheres entre 30 e 40 anos. Adicionalmente, outra pesquisa também identificou que cerca de 51,00% (51) das mulheres participantes tinham idade superior ou igual a 30 anos (Refat Uz Johra et al., 2024), sendo que esta foi uma pesquisa que procurou adaptar culturalmente e validar o FSFI-6 a outros contextos.

Estes resultados são importantes para compreender a demografia das mulheres avaliadas relativamente à Função sexual feminina, pois mostram que a prevalência de disfunções sexuais e os níveis de satisfação podem variar com a idade. A prevalência de mulheres mais velhas nos estudos pode indicar que esta faixa etária tem uma maior disposição para discutir questões sexuais, possivelmente devido a uma maior consciencialização sobre a sua saúde. Essa tendência pode influenciar os tipos de intervenções e tratamentos que são desenvolvidos e aplicados, adaptando-os melhor às necessidades específicas desse grupo.

Quanto ao estado civil, a maioria das participantes estava casada ou em união de facto, representando 84,50% (60). Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Leal et al. (2013), onde 51,60% (103) das mulheres eram casadas e 35,50% (71) viviam em união de facto. Rosado (2020) também encontrou que 73,50% (74) das mulheres eram casadas ou viviam em união de facto. A prevalência de mães solteiras foi de 15,50% (11) sendo que dados de 2020 mostram que cerca de 30,00% dos nascimentos foram de mães solteiras, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE). A prevalência de mães solteiras, do nosso estudo, com um valor cerca de metade da realidade nacional pode

significar uma característica regional, considerando talvez, uma maior dificuldade de assumir uma gravidez enquanto mãe solteira por questões culturais.

No entanto, o número considerável de mães solteiras evidencia a necessidade de políticas de apoio direcionadas para este grupo, visando promover a sua integração social e bem-estar. Estudos adicionais podem fornecer uma visão mais detalhada sobre as condições específicas e necessidades dessas mães, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de suporte na área da saúde sexual e reprodutiva.

A análise da distribuição das nacionalidades entre as participantes revela que a esmagadora maioria é portuguesa, representando 94,40% da amostra, com um total de 67 participantes. Esta alta proporção pode refletir uma característica específica na população local ou uma amostra com predominância nacional, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras populações fora de Portugal. De forma similar, Rosado (2020) encontrou que 74,50% (75) das participantes tinham nacionalidade portuguesa. A participação de mulheres de nacionalidade angolana e brasileira é bastante reduzida, com ambas as nacionalidades representando apenas 2,80% da amostra cada uma, totalizando 2 participantes de cada nacionalidade. Estes números sugerem uma menor presença e, conseqüentemente, uma menor diversidade dentro da amostra. A baixa representação de mulheres de nacionalidade angolana e brasileira pode limitar a capacidade de compreender as variabilidades culturais e sociais que poderiam influenciar os resultados do estudo.

Quanto às habilitações literárias, a maioria da amostra tinha o ensino secundário completo 54,90% (39). Este resultado é consistente com vários estudos, como no de Rosado (2020) que refere que a maior parte 41,20% (42) possui o ensino secundário. Para Brito et al. (2017), 56,0% (14) das mulheres tinham escolaridade até ao ensino médio completo e Leal et al. (2013), também relatou uma maioria com o ensino médio concluído. De acordo com os dados da PORDATA, em 2021, aproximadamente 63,90% das mulheres em Portugal, no grupo etário dos 25-64 anos, completaram o ensino secundário, sendo que este indicador sofreu um aumento de 4,10% no último ano, contra 3,90% entre 2019 e 2020 segundo Programa Operacional Capital Humano (POCH, 2022). Estes dados estão em linha com o presente estudo, que também mostra uma maioria de mulheres com o ensino secundário completo. A educação desempenha um papel fundamental na saúde sexual e reprodutiva, uma vez que mulheres com maior escolaridade tendem a ter mais acesso à informação e, conseqüentemente, uma maior capacidade de tomar decisões

informadas sobre o seu bem-estar sexual, incluindo a compreensão sobre procedimentos como a episiotomia. Isso pode influenciar a forma como comunicam com os profissionais de saúde e o parceiro, resultando numa melhor função sexual e maior satisfação com os tratamentos.

4.10.2 Dados sobre os Partos e Nascimento

Analisando os dados sobre os partos, verifica-se que a maioria das mulheres teve 2 partos 74,60% (53) e que 25,00% (18) das mulheres tiveram 3 ou mais partos.

Em relação ao tipo de parto, o vaginal foi o mais frequente com 90,10% (64). Quanto à temporalidade do parto 67,60% (48) das mulheres tiveram-no num período igual ou inferior a cinco anos. De maneira semelhante, no estudo de Rosado (2020), a maioria das mulheres 65,70%, (67) também teve parto vaginal.

A análise da distribuição dos partos em Portugal, por Idade das mães, revela que 80,10% dos partos foram realizados por mulheres com idades entre 25 e 39 anos, totalizando 60 175 partos. Dentro dessa faixa etária, a maior proporção corresponde a mulheres de 30 a 34 anos, com 33,20% dos partos. Seguem-se as mulheres de 35 a 39 anos, que representam 25,20% dos partos, e as de 25 a 29 anos, que correspondem a 21,70% dos partos. Além disso, em 2022, em Portugal, foram registados 17 partos em jovens com menos de 15 anos e 525 partos (0,70%) realizados por mulheres com 45 anos ou mais. Estes dados evidenciam não apenas a predominância de partos em mulheres em idade fértil mais avançada, mas também uma pequena, porém notável, ocorrência de partos em faixas etárias extremas segundo comissão para a cidadania e igualdade de género (CIG, 2022).

A análise da evolução dos partos em Portugal, segundo dados do PORDATA (2023), revela tendências importantes ao longo dos anos. Em 1999, o total de partos foi de 107 903, com 64 119 partos eutócicos e 43 784 partos distócicos, dos quais 28 960 foram cesarianas e 14 824 corresponderam a outros tipos de partos distócicos.

Ao longo das décadas seguintes, o número total de partos mostrou uma tendência de variação, com um pico em 2000, quando foram realizados 118 991 partos. Desde então, a tendência tem sido de diminuição constante. Em 2021, o total de partos caiu para 78 736, o que representa uma redução significativa em relação ao início dos anos 2000. Esse

decréscimo reflete uma tendência contínua de queda nas taxas de natalidade em Portugal. Em 2022 foi aproximadamente 82 800 partos, indicando uma leve recuperação em relação ao ano anterior, mas ainda abaixo dos números dos anos anteriores ao pico de 2000.

Quanto à distribuição entre partos eutócicos e distócicos, a proporção de partos eutócicos diminuiu ao longo dos anos. Em 2021, foram registados 35 340 partos eutócicos e 43 396 partos distócicos, sugerindo uma estabilidade relativa no número de partos complicados. A categoria de partos distócicos inclui tanto cesarianas quanto outros tipos de partos realizados com a intervenção de instrumentos tal como fórceps, ventosa (PORDATA, 2023). O número de cesarianas, que foi de 28.960 em 1999, apresentou variações ao longo dos anos. Em 2021, foram realizadas 29 207 cesarianas, em 2022 foi aproximadamente de 31 294 (PORDATA, 2023), sendo que em 2023, as cesarianas representaram 32% dos nascimentos nos hospitais públicos (Costa, 2024).

No que concerne ao *Parto anterior*, a maioria das mulheres, 67,60% (48), teve o seu último parto nos últimos cinco anos. Este resultado é semelhante ao encontrado no estudo de Rosado (2020), onde 81,40% (83) das mulheres também tiveram o parto há menos de cinco anos. A observação de um aumento na percentagem de partos recentes tanto no estudo de Rosado (2020), quanto no presente estudo, pode indicar uma tendência crescente de partos mais recentes ao longo do tempo. Isso sugere possíveis mudanças nas práticas e políticas de saúde que podem estar influenciando a frequência de partos recentes, como melhorias no acesso a serviços de saúde, aconselhamento reprodutivo, e suporte durante a gravidez e o parto, incentivando mais mulheres à natalidade.

Analisando os dados sobre o *Número de filhos* da amostra, verificamos que o número mais comum de filhos entre as participantes foi dois 66,20% (47), resultado idêntico ao estudo de Rosado (2020), onde 67,60% (68) das mulheres tinham dois filhos. Segundo dados da PORDATA (2023), o número médio de filhos, por mulher, em Portugal tem experimentado uma significativa diminuição ao longo dos anos. Em 2000, o número de filhos por mulher era de 2,10. No entanto, esse número caiu para 1,43 filhos por mulher em 2022. A diminuição foi particularmente acentuada nos últimos quatro anos, após um período em que o número médio de filhos se manteve relativamente estável, entre 1,70 e 1,80 filho por mulher, por mais de uma década. Embora, há uns anos, tenha havido uma queda na fertilidade em Portugal, indicando mudanças nas preferências e condições sociais que afetam a decisão das famílias sobre o número de filhos, verificou-se uma ligeira subida em 2023 com um número de 1,44 filhos por mulher (INE, 2023).

Quanto à *realização da episiotomia*, 52,10% (37) das mulheres foram sujeitas a este procedimento. Estes resultados são semelhantes aos de Kramná P. & Vrublova DY. (2016), onde 53,10% (112) das mulheres realizaram episiotomia.

Quando comparados com dados internacionais, estes resultados mostram um padrão de intervenção excessiva semelhante ao observado em muitos países em desenvolvimento. Nos países como a Dinamarca, Suécia, Reino Unido e EUA, as taxas de episiotomia variam entre 4,00 % e 15,00 %, demonstrando uma abordagem mais alinhada às recomendações da OMS (Yang & Bai, 2021). Por outro lado, países como a Arábia Saudita, Índia, Jordânia, Iémen, Camboja e Taiwan apresentam taxas alarmante altas, chegando até 100,00 % em alguns casos (Haines & Watson, 2021; Sutherland & McMillan, 2023).

A alta prevalência de *Episiotomia*, é um indicador de práticas potencialmente desatualizadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) recomenda que a prevalência de episiotomia seja em torno de 10,00 % (Yilmaz et al., 2021). Segundo o grupo de desenvolvimento de diretrizes (GDD) (OMS 2018) afirma que o uso rotineiro/liberal não é recomendado.

Os dados deste estudo destacam um possível excesso deste procedimento em Portugal, uma vez que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) recomenda que a prevalência de episiotomia seja em torno de 10,00 % (Yilmaz et al., 2021), com implicações significativas na Função sexual das mulheres. Portanto, políticas de saúde pública e campanhas educativas devem ser promovidas para reduzir a taxa de episiotomia, priorizando o bem-estar das mulheres e aderindo às melhores práticas internacionais. Este cenário destaca a importância de nivelar as práticas obstétricas em Portugal com as diretrizes internacionais, promovendo uma redução nas taxas de episiotomia e melhorando a qualidade do cuidado materno, sendo que revisões periódicas das práticas clínicas, juntamente com programas educativos para os profissionais de saúde, são passos cruciais para atingir esse objetivo.

4.10.3 Dados sobre a Função Sexual e Episiotomia

A análise dos dados recolhidos indica que a Episiotomia está associada a impactos negativos em várias Dimensões da Função sexual.

Primeiramente, em relação ao Desejo sexual, observou-se que as mulheres que *fizeram episiotomia* relataram uma redução significativa no Desejo sexual, comparadas com as mulheres que *não fizeram episiotomia*. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Rosado (2020) onde as mulheres que *fizeram episiotomia* tiveram uma média de 2,86% e, sem episiotomia, foi 3,03%, ou seja, houve uma redução do Desejo. Além disso os resultados Leal et al. (2013) demonstram que o Desejo Sexual, nas mulheres com episiotomia apresentaram níveis médios de Desejo sexual após o parto significativamente mais baixos. Este resultado pode estar relacionado com fatores físicos, como dor e desconforto, além de fatores psicológicos, como o medo de novas experiências sexuais após o trauma perineal.

A redução do Desejo sexual após a episiotomia sublinha a importância de considerar não apenas os fatores físicos, mas também as repercussões emocionais e psicológicas que este procedimento pode ter nas mulheres. O Desejo sexual é muitas vezes o primeiro aspecto a ser afetado em situações de desconforto físico ou emocional, o que sugere que a episiotomia pode ter um efeito abrangente na vida sexual de uma mulher. É crucial garantir que as mulheres recebam o apoio necessário para lidar com os impactos físicos e emocionais do parto.

Na Dimensão da Excitação, observou-se que as mulheres que *realizaram a episiotomia* apresentaram níveis mais baixos de excitação sexual. Esta diminuição pode estar relacionada com o desconforto físico e com o medo de dor durante a relação sexual, o que está alinhado com o estudo de Kahramanoglu et al. (2017), que também reportaram uma diminuição significativa da excitação aos três meses, 6 meses pós-parto no grupo de parto vaginal e episiotomia medio lateral. A diminuição da excitação pode ser compreendida como um reflexo de processos psicológicos e fisiológicos interligados. O medo da dor, aliado ao desconforto físico, pode desencadear uma resposta de inibição do Desejo e da Excitação, sugerindo que intervenções como a episiotomia exigem maior consideração dos efeitos a longo prazo na saúde sexual da mulher.

Na Dimensão da Lubrificação, foi observado que as mulheres que *fizeram episiotomia* relataram mais dificuldades em manter a lubrificação vaginal, o que também pode estar ligado à cicatrização perineal e à ansiedade durante o ato sexual o que, por sua vez, é corroborado pelo estudo de Kahramanoglu et al. (2017), que relatou uma queda acentuada nos níveis de Lubrificação três meses após o parto em mulheres com episiotomia mediolateral. Além disso, a literatura sugere que a ansiedade e o desconforto físico podem

ser fatores importantes na redução da resposta fisiológica da Lubrificação (Lorthe et al., 2024), dado que a ansiedade induzida pela dor e a cicatrização podem levar a uma resposta de "*luta ou fuga*" que inibe a Lubrificação, essencial para uma relação sexual satisfatória.

Em relação ao Orgasmo, verificou-se que as mulheres que *fizeram episiotomia* relataram uma diminuição na frequência e intensidade dos orgasmos, o que contraria alguns estudos como o de Rosado (2020) e Kramná e Vrublova (2016), que apontam para uma média de orgasmos mais elevada nas mulheres *com episiotomia*. A discrepância entre os resultados sugere que o impacto da episiotomia na função sexual pode variar de acordo com a experiência individual e o contexto anatômico pós-parto.

Na Dimensão da Satisfação, os resultados foram mais surpreendentes. As mulheres que *realizaram episiotomia* reportaram maiores níveis de satisfação sexual em comparação com aquelas que *não fizeram episiotomia*. Estes resultados estão em linha com estudos como os de Leal et al. (2013) e, Rosado (2020), sendo que este último tem uma percentagem de 4,11% de Satisfação em mulheres que fizeram a episiotomia. Esta percepção pode ser influenciada pela interpretação subjetiva de que a episiotomia ajudou no sucesso do parto. No entanto, esse sentimento pode mascarar o impacto negativo em outras Dimensões, como Dor e Excitação. É necessário diferenciar entre satisfação imediata e os efeitos a longo prazo na função sexual para promover decisões mais informadas durante o parto.

Na Dimensão da Dor, durante a atividade sexual demonstra que as mulheres que *fizeram episiotomia* sentem menos dor que as mulheres que *não fizeram episiotomia*, embora neste estudo não se verificaram diferenças significativas entre as mulheres que *fizeram episiotomia* e as mulheres que *não fizeram episiotomia*.

Observou-se que, enquanto a Satisfação sexual aumenta, outras Dimensões como o Desejo, Excitação e Lubrificação, Orgasmo são negativamente afetadas pela episiotomia, sugerindo que esta prática, embora comum em muitos contextos obstétricos, pode ter um impacto significativo e adverso na função sexual das mulheres.

Relativamente à Função Sexual

A pesquisa conduzida por Amiri et al. (2017) cita um estudo de Lagana et al. (2014), que demonstrou uma associação clara entre a episiotomia e a disfunção sexual feminina, evidenciada por scores baixos no *Female Sexual Function Index (FSFI)*. Isso sublinha a

relevância do estudo ao destacar que a intervenção pode levar a desafios significativos para a Função sexual feminina, o que é uma preocupação importante para a prática clínica.

Concomitantemente, os resultados deste estudo indicam que as mulheres que *realizaram episiotomia* apresentaram uma *Função sexual média inferior* em comparação àquelas que não passaram pelo procedimento. Segundo Fanshawe (2023), a médio prazo, o parto vaginal assistido e a episiotomia estão associados a uma pior função sexual, o que está alinhado com os resultados observados, sugerindo uma prática significativa de episiotomia que necessita de reavaliação. Além disso, Oliveira et al. (2014) reforça que fatores educacionais e culturais influenciam esta prática, muitas vezes devido a tradições médicas sem suporte em evidências científicas, como já criticado por Borges et al. (2003). Ora, quer isto dizer, que a influência de fatores culturais e educacionais na aceitação da episiotomia sublinha a necessidade de uma abordagem educacional mais robusta nas decisões obstétricas. A prática excessiva de episiotomia, especialmente sem suporte científico claro, aponta para uma lacuna na formação de profissionais de saúde e na educação de mulheres sobre os seus direitos durante o parto (Viswanathan et al., 2005).

O presente estudo avaliou, ainda, a Função sexual de mulheres usando o FSFI, comparando os resultados com base na realização de episiotomia e outras variáveis como Idade, Habilitações literárias, Número de partos e a temporalidade do Parto anterior.

Nas mulheres com idade entre 20-34 anos, aquelas que *fizeram episiotomia* tiveram piores resultados em quase todas as dimensões do FSFI, exceto na Satisfação. O mesmo padrão foi observado nas mulheres com 35 anos ou mais. No entanto, nenhuma dessas diferenças atingiu significância estatística, sugerindo que a episiotomia não teve um impacto mensurável na Função sexual relacionado à Idade, o que está de acordo com Kramná e Vrublova (2016), que não encontraram correlação significativa entre Idade das participantes e a pontuação total no FSFI.

Quando se analisam as Habilitações literárias, emergiu um padrão interessante. Para as mulheres com menor escolaridade (até ao 3º ciclo de estudos), as diferenças entre os dois grupos não foram estatisticamente significativas. Contudo, entre as mulheres com ensino secundário, as que *fizeram episiotomia* apresentaram piores resultados, com diferenças estatisticamente significativas em várias Dimensões. Desejo (3, $71 \pm 1,10$ vs. 4, $47 \pm 0,99$; $p= 0,009$), Excitação (4, $60 \pm 0,83$ vs. 5, $10 \pm 1,06$; $p= 0,023$), Lubrificação (4, $73 \pm 0,93$ vs. 5, $33 \pm 0,72$; $p= 0,021$)

Em relação ao Número de partos, as mulheres que realizaram dois partos, *que fizeram episiotomia* apresentaram piores resultados em quase todas as Dimensões, com Lubrificação mostrando diferença estatisticamente significativa ($4,57 \pm 1,01$ vs. $5,20 \pm 0,81$; $p= 0,026$).

No que se refere à temporalidade do Parto anterior, para mulheres que tiveram partos nos últimos cinco anos, o grupo *com episiotomia* apresentou piores resultados em quase todas as dimensões, com exceção na satisfação. Para aquelas, cujo último parto foi há mais de seis anos, o grupo *com episiotomia* apresentou piores resultados em quase todas as dimensões, com exceção, da dimensão Dor.

Em resumo, estes resultados sugerem que a episiotomia pode ter um impacto negativo na Função sexual, especialmente em subgrupos como mulheres com ensino secundário completo ou aquelas com dois partos, onde as diferenças atingiram significância estatística. Além disso, fatores pessoais e situacionais, como a educação e a experiência prévia com partos, desempenham um papel importante na recuperação e Função sexual, como apontado por Fernández-Fernández e Medina-Moragas (2024).

4.10.4 Limitação do Estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas para uma interpretação mais precisa dos resultados. Em primeiro lugar, o tamanho da amostra, constituída por 71 mulheres, pode ser insuficiente para uma generalização ampla dos resultados. Com um número reduzido de participantes, há um risco maior de que os resultados não reflitam com precisão a população em geral. Amostras maiores poderiam proporcionar uma visão mais robusta e com validade externa sobre o impacto da episiotomia na Função sexual feminina, aumentando a validade dos resultados. Ao momento não foi possível obter uma amostra maior dadas as limitações de tempo de recolha da informação para conclusão do estudo em tempo útil.

Além disso, a amostra foi predominantemente composta por mulheres de nacionalidade portuguesa e com níveis de escolaridade correspondentes ao ensino secundário. A baixa diversidade pode limitar a aplicabilidade dos resultados a diferentes contextos culturais e socioeconómicos. Mulheres de diferentes origens culturais e com diferentes níveis de

escolaridade podem ter experiências variadas com relação à Episiotomia e à Função sexual, o que não foi adequadamente representado neste estudo.

É importante notar que este estudo apresenta uma validade interna, o que significa que os resultados obtidos são aplicáveis e relevantes especificamente para a amostra estudada. No entanto, a generalização dos dados para outras populações ou contextos deve ser feita com cautela, considerando a limitação no tamanho da amostra e a falta de diversidade cultural e socioeconômica. Isto destaca a validade interna do estudo e esclarece que as conclusões são mais robustas dentro do contexto da amostra específica utilizada, sem extrapolar indevidamente para outros grupos ou condições.

A recolha de dados foi realizada através de questionários, o que, em geral, poderia introduzir viés de resposta, dado que as participantes poderiam ajustar as suas respostas para se conformar a expectativas sociais ou evitar revelar experiências negativas. No entanto, a utilização de Índices validados neste estudo é uma grande mais-valia. Estes instrumentos, sendo amplamente validados, minimizam o viés de resposta e aumentam a precisão e a validade das informações fornecidas, tornando o impacto potencial do viés reduzido.

Também, o intervalo de tempo entre o parto e a participação no estudo não foi uniformemente controlado. A Função sexual pode variar significativamente em diferentes fases do pós-parto, e o fato de não ter um controlo rigoroso sobre o tempo decorrido pode afetar a interpretação dos resultados. Mulheres que participaram do estudo em diferentes momentos após o parto podem ter experiências distintas, o que pode ter introduzido variabilidade nos dados. Ou seja, esta limitação deve ser considerada ao interpretar os resultados, pois a variação temporal pode influenciar as experiências relatadas e, consequentemente, as conclusões do estudo.

Por fim, embora a consistência interna do instrumento de medição tenha sido considerada muito boa, as medidas utilizadas podem não ter apreendido completamente todas as Dimensões da experiência sexual feminina. A validade e a confiabilidade dos instrumentos de medição são cruciais para a precisão dos resultados. A falta de uma análise longitudinal limita a compreensão completa dos efeitos duradouros da episiotomia.

Estas limitações devem ser levadas em conta ao interpretar os resultados do estudo e ao considerar futuras pesquisas. A realização de estudos com amostras maiores, maior

diversidade cultural, metodologias qualitativas complementares e análise longitudinal poderia fornecer uma visão mais abrangente e precisa sobre os efeitos da episiotomia na Função sexual feminina.

Para minimizar o impacto das limitações mencionadas e garantir a validade dos resultados, foram tomadas várias precauções durante a investigação. A utilização de Índices validados para a recolha de dados, como já referido, foi uma das principais medidas para reduzir o viés de resposta e assegurar a precisão das informações obtidas. Estes instrumentos, amplamente reconhecidos pela sua confiabilidade e validade, ajudaram a garantir que os dados refletissem de forma precisa as experiências das participantes. A validade interna do estudo foi mantida ao se focar numa amostra coesa e ao aplicar técnicas analíticas adequadas para a interpretação dos dados dentro do contexto específico da amostra estudada. Estas medidas ajudaram a preservar a integridade dos resultados e a fornecer uma base sólida para as conclusões do estudo, apesar das limitações.

4.11 Conclusão do Estudo

Este estudo visou analisar o impacto da Episiotomia na Função sexual feminina após o parto e investigar a relação entre a *episiotomia* e as diferentes *Dimensões da Função sexual*, considerando variáveis sociodemográficas e variáveis sexuais e reprodutivas. Com base nos resultados e discussões, destacam-se as seguintes conclusões:

A amostra foi predominantemente composta por mulheres com mais de 35 anos, refletindo uma faixa etária similar à de outros estudos e concordante com a realidade nacional. A maioria das participantes estava casada ou em união de facto e foi maioritariamente de nacionalidade portuguesa. Estas características são consistentes com as tendências observadas em estudos anteriores e também com a realidade das mulheres portuguesas e proporcionam um contexto relevante para a análise dos dados sobre a Função sexual.

A maioria das mulheres teve dois partos, o parto anterior ocorreu há menos de cinco anos e foi por via vaginal.

A prevalência de Episiotomia observada no estudo, 52,10%, foi superior à recomendada pela Organização Mundial da Saúde, indicando uma prática mais comum do que o aconselhado.

A Função sexual das mulheres que *fizeram episiotomia* foi, em média, menos satisfatória comparativamente às *que não fizeram episiotomia* ($27,73 \pm 4,58$ vs. $28,97 \pm 4,31$). Em todas as dimensões da Função sexual, maiores pontuações refletiram melhores níveis de funcionamento.

Foram observadas variações significativas nas Dimensões específicas, como Desejo, Excitação, Lubrificação, Orgasmo e Dor:

- Desejo sexual: verificou-se menor desejo sexual entre as mulheres *com episiotomia*.
- Excitação sexual: verificou-se um nível mais baixo de excitação sexual entre as mulheres *com episiotomia*.
- Lubrificação: verificou-se que as dificuldades em manter a lubrificação vaginal foram mais frequentes entre as mulheres *com episiotomia*.
- Orgasmo: verificou-se uma redução na frequência e intensidade dos orgasmos entre as mulheres *com episiotomia*.
- Satisfação sexual: contrariamente, às outras dimensões, esta foi superior entre as mulheres *com episiotomia*.
- Dor: a dor durante a atividade sexual demonstra que as mulheres que *fizeram episiotomia* sentem menos dor que as mulheres que não fizeram este procedimento, embora não haja diferenças estatisticamente significativas.

Conclui-se que há diferenças estatisticamente significativas nas mulheres com pelo menos Ensino Secundário *que fizeram episiotomia* nas Dimensões Desejo ($3,71 \pm 1,10$ vs. $4,47 \pm 0,99$; $p= 0,009$), Excitação ($4,60 \pm 0,83$ vs. $5,10 \pm 1,06$; $p= 0,023$) e Lubrificação ($4,73 \pm 0,93$ vs. $5,33 \pm 0,72$; $p= 0,021$). Também foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com dois partos *que fizeram episiotomia* na Dimensão Lubrificação ($4,57 \pm 1,01$ vs. $5,20 \pm 0,81$; $p= 0,026$).

Os resultados deste estudo reforçam a exigência de uma avaliação cuidadosa e individualizada da necessidade de episiotomia durante o parto. A alta prevalência de episiotomia observada pode refletir práticas que não estão alinhadas com as diretrizes

recomendadas e passíveis de ter impactos adversos na função sexual das mulheres. É essencial que os profissionais de saúde considerem as evidências atuais e procurem alternativas que minimizem a necessidade de episiotomia, sempre priorizando o bem-estar e a recuperação sexual das mulheres.

Além disso, recomenda-se um acompanhamento mais minucioso às mulheres que fizeram episiotomia, com foco na gestão da dor e suporte para a recuperação sexual e, por isso, as políticas e práticas clínicas devem ser revistas para assegurar que a episiotomia seja utilizada de forma apropriada e baseada em evidências.

5. Conclusão Geral

O Relatório do Estágio de Natureza Profissional marca a conclusão de dois anos de formação intensiva, que proporcionou uma base sólida de experiência clínica para a prática de cuidados especializados de elevada qualidade e os requisitos necessários para a obtenção do título de Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Este percurso culminou com o Estágio de Natureza Profissional no bloco de partos da Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa, que teve como objetivo principal aprimorar e expandir as habilidades e conhecimentos necessários para fornecer cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de forma eficaz e desenvolver competências na investigação.

O Estágio permitiu um desenvolvimento significativo das competências essenciais no âmbito da enfermagem especializada em saúde materna e obstétrica. Considera-se que os objetivos que foram estabelecidos no início deste percurso foram alcançados com êxito pela capacidade obtida de compreender e resolver problemas na EESMO incluindo responsabilidade ética. A ampla variedade de situações e condições clínicas favoreceu uma progressão contínua na aprendizagem, de um modo orientado e autónomo.

O envolvimento com a investigação foi uma experiência nova e transformadora, que ampliou a perspetiva sobre a importância da prática baseada em evidências. A temática abordada neste estágio foi o *impacto da episiotomia na função sexual da mulher*. A análise geral sugere que a *realização da episiotomia*, na amostra estudada, teve impacto negativo nas Dimensões como Desejo, Excitação, Lubrificação e Orgasmo. A Satisfação Sexual aumentou e relativamente à perceção de Dor, não houve impacto significativo.

O estudo foi particularmente relevante e proporcionou uma valiosa oportunidade para aplicar práticas de cuidados baseadas em evidências científicas. A comunicação das conclusões com a equipa multidisciplinar e com as puérperas que receberam esses cuidados foi fundamental para assegurar benefícios tangíveis para a saúde das mulheres e para a melhoria contínua dos protocolos clínicos.

Referências Bibliográficas

- Amaral, P. (2013). *Avaliação do Impacto: Breve Introdução*. Camões, Instituto da Cooperação e da Língua. https://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/doc_trabalho8_2013.pdf
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). ACOG Committee Opinion n.o 766: Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2), 164-173. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Amiri, F. N., Omidvar, S., Bakhtiari, A., & Hajiahmadi, M. (2017). Female sexual outcomes in primiparous women after vaginal delivery and cesarean section. *African Health Sci*, 17(3), 623–631. <https://dx.doi.org/10.4314/ahs.v17i3.4>
- Andreucci, C. B., Bussadori, J. C., Pacagnella, R. C., Chou, D., Filippi, V., Say, L., Cecatti, J. G. (2015). Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 23(15). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26596506/>
- Bio, E., Bittar, R., & Zugaib, M., (2006). Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto, *Rev Bras Ginecol Obstet*. 28(11):671-9 <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006001100007>
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., & Manyonda, I. (1999). Women's Sexuality After Childbirth: A Pilot Study. *Arch. Sex. Behav*, 28, 179–191. <https://doi.org/10.1023/a:1018771906780>
- Begley, C. (2014). Physiology and care during the third stage of labour. In J. E. Marshall & M. D. Raynor (Eds.), *Myles textbook for midwives* (16a ed., cap. 18, pp. 395-416). Elsevier.
- Borges, B. B., Serrano, F., & Pereira, F. (2003). Episiotomia: Uso generalizado versus selectivo. *Acta Medica Portuguesa*, 16(6), 447-454. <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2003-16/6/447-454.pdf>
- Brito, G. A., Moreira, M. A., & Nascimento, S. L. (2017). *Relação entre a episiotomia e a laceração perineal grave com a função sexual no período de 18 a 27 meses após o parto*. https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/32774/1/2017_art_gabrito.pdf

- Burroughs, A. (1995). *Uma introdução à enfermagem materna*. Artes Médicas.
- Castro, A. B. S. (2018). *El aeiou de la investigación en enfermería* (2ed). Fuden.
- Carroli, G. & Mignini, L. (2009). *Episiotomy for vaginal birth*. *Cochrane Database Syst Rev*, 21(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19160176/>
- Chayachinda, C., Titapant, V., & Ungkanungdech, A. (2015). Dyspareunia and sexual dysfunction after vaginal delivery in Thai primiparous women with episiotomy. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(5), 1275-1277. <https://doi.org/10.1111/jsm.12860> .
- Costa, L. (2024, 8 de fevereiro). SNS está a fazer mais partos por cesariana. "Não há razão médica para uma taxa tão elevada", diz especialista. *Expresso*. <https://expresso.pt/sociedade/2024-02-08-SNS-esta-a-fazer-mais-partos-por-cesariana.-Nao-ha-razao-medica-para-uma-taxa-tao-elevada-diz-especialista-abf3a9ee>
- CIG. (2022). Igualdade de Género em Portugal: Boletim Estatístico 2022. https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2022/12/BE2022_2.pdf
- Clesse C., Lighezzolo-Alnot J., De Lavergne S., Hamlin S., & Scheffler M. (2018). Socio-historical evolution of the episiotomy practice: A literature review. *Women Heal [Internet]*, 59(7), 760–74. <https://doi.org/10.1080/03630242.2018.1553814>
- Colacioppo, P. M., Riesco, M. L. G., Colacioppo, R. C., & Osava, R. H. (2011). Avaliação do viés de classificação da laceração perineal no parto normal. *Acta Paul Enferm*, 24(1), 61-66. <https://www.scielo.br/j/ape/a/vMgNhrxwJDMVQbbfwmyVMgL/?format=pdf&lang=pt>
- Cunningham, F., Leveno K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D., & Spong, C. (2010). *Williams obstetrics*. McGraw Hill.
- Direcção-Geral da Saúde. (2024). *Cuidados de Saúde durante o trabalho de parto*. DGS. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/orientacao-0022023-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>
- Dolea, C., AbouZahr, C., & Stein, C. (2014). Global, regional, and national causes of maternal mortality: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 384(9947), 980-1004. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60696-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60696-6)
- European Perinatal Health Report. (2010). *Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. European Perinatal Health Report.

- Faisal-Cury, A., Menezes, P.R., Quayle, J., Matijasevich, A., & Diniz, S. G. (2015). The Relationship Between Mode of Delivery and Sexual Health Outcomes after Childbirth. *J. Sex. Med*, 12, 1212–1220. <https://doi.org/10.1111/jsm.12883>
- Fanshawe, A. M., De Jonge, A., Ginter, N., Takács, L., Dahlen, H. G., Swertz, M. A., & Peters, L. L. (2023). The Impact of Mode of Birth, and Episiotomy, on Postpartum Sexual Function in the Medium- and Longer-Term: An Integrative Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 20(7), 5252. <https://doi.org/10.3390/ijerph20075252>
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (Cap. 11, pp. 308-320). Lidel.
- Fernández-Fernández, M. J. & Medina-Moragas, A. J. (2024). Comparative study of posrpartum sexual function: second-degree tears versus episiotomy outcomes. *Arch Gynecol Obstet*, 309(6), 2761-2769. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07494-2>
- Fonseca, S. (2016). Métodos de indução do trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (Cap. 11.6, pp. 356- 367). Lidel.
- Fontelles, M., Simões, M., Farias, S., Fontelles, R., (2009). Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista Paraense de Medicina*, 23(3), 1-8. <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>
- Graça, L. (2010). *Medicina Materno Fetal* (4ª ed.). Lidel.
- Gutzeit, O., Levy, G., & Lowenstein, L. (2019). Função sexual feminina pós-parto: Fatores de risco para disfunção sexual pós-parto. *Sexual Medicine*, 8(1), 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.10.005>
- Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Edições Sílabo.
- Horta, B. L., Bahl, R., Martines, J. C., & Victora, C. G. (2015). Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic reviews and meta-analyses. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/43623>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Metainformação*. https://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var_cd=0008084&lingua=PT.

- International Confederation of Midwives. (2019). *Essential competencies for midwifery practice*. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf
- IPB, IPVC, UTAD, (2023), Guia de Orientação do Estágio de Natureza profissional do Mestrado de Saúde Materno e obstétrica, 2-5
- Jamali, S., Inaloo, R., Javadpour, S., Haghbeen, M., & Poornowrooz, N. (2018). The relationship between sexual function and quality of life in reproductive-age-grouped women in Iran: A cross-sectional study. *Ambient Science*, 5, 20–23. <https://doi.org/10.21276/ambi.2018.05.sp1.ta02>
- Kahramanoglu, I., Baktiroglu, M., Hamzaoglu, K., Kahramanoglu, O., Verit, F. F., & Yucel, O. (2017). O impacto do modo de parto na função sexual de mulheres primoparas: um estudo prospectivo. *Arquivos de Ginecologia e Obstetrícia*, 295(4), 907–916. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4299-7>
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of sexual desire*. Brunner/Mazel.
- Klein, MC., Janssen, PA., MacWilliams L., Kaczorowski J., & Johnson B. (1997). Determinantes da integridade vaginal-perineal e funcionamento do assoalho pélvico no parto. *Am J Obstet Gynecol* 176:403–410.
- Kramná, P. & Vrublova, Y. (2016). Episiotomy and women's sexual function 2–5 years after childbirth: A study from the Czech Republic. *British Journal of Midwifery*, 24(12), 870-876. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.12.870>
- Lagaert, L., Weyers, S., Van Kerrebroeck, H., Elaut, E. (2017) Postpartum dyspareunia and sexual functioning: A prospective cohort study. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22, 200-206. <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1315938>
- Lawrance, K., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267–285. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x>
- Leal, I., Lourenço, S., Oliveira, R., Carvalheira, A., & Maroco, J. (2013). The Impact of Childbirth on Sexual Functioning in Women With Episiotomy. *Psychology, Community & Health*, 2(3), 307-316. <https://doi.org/10.5964/pch.v2i3.58>

- Leiblum, S. R., & Rosen, R. C. (2000). *Principles and practice of sex therapy* (3rd ed.). Guilford Press.
- Lorthe, E., Severo, M., Hamwi, S., Rodrigues, T., Teixeira, C., & Barros, H. (2024). Obstetric interventions among native and migrant women: The (over)use of episiotomy in Portugal. *International Journal of Public Health*, 69, 1-12 <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1606296>
- Lurie, S., Aizenberg, M., Sulema, V., Boaz, M., Kovo, M., Golan, A., & Sadan, O. (2013). Sexual function after childbirth by the mode of delivery: A prospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 288(4), 785-792. <https://doi.org/10.1007/s00404-013-2846-4>
- Macedo, L. M. N. (2021) *Prevalência da Episiotomia numa Unidade Hospitalar da Região Norte do País* [Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional]. <http://hdl.handle.net/10198/24764>
- Macfarlane, A. J., Blondel, B., Mohangoo, A. D., Cuttini, M., Nijhuis, J., Novak, Z., Ólafsdóttir, H. S., & Zeitlin, J. (2016). Wide differences in mode of delivery within Europe: Risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123, 559-568. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13284>
- Mah, K., & Binik, Y. M. (2001). The nature of human orgasm: A critical review of major trends. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 823–856. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(00\)00069-6](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(00)00069-6)
- Marambaia, C., Vieira, B., Alves, B., Rodrigues, D., & Almeida, V. (2020). A sexualidade da mulher no puerpério: reflexos da episiotomia. *Cogitare Enfermagem*, 25(67195), 1-10. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.67195>
- Marôco, J. & Marques, T. G. (2006) - Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*. 4:1 65–90. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204%281%29%20-%2065-90.pdf>
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Little, Brown and Company.

- McDonald, E., Brown, S. (2013). Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth?. *BJOG*, *120*(7), 823-830. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12166>
- McDonald, E., Gartland, D., Woolhouse, H., & Brown, S. (2019). Resumption of sex after a second birth: An Australian prospective cohort. *Birth*, *46*, 173–181. <https://doi.org/10.1111/birt.12363>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, *23*(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519>.
- Moresi, E. H. C., Moreira, P. P., Ferrer, I. L., Baptistella, M. K. C. S., & Bolognani, C. V. (2022). Classificação de Robson para cesárea em um Hospital Público do Distrito Federal. *Revista Brasileira Saúde Materna Infantil*, *22*(4), 1043-1050. <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/Gc9HYhr3rQzypC7fSPZDHXP/?format=pdf&lang=pt>
- Muhleman, M. A., Aly, I., Walters, A., Topale, N., Tubbs, R. S., & Loukas, M. (2017). To cut or not to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks, and benefits of an episiotomy. *Clinical Anatomy*, *30*, 362-372. <https://doi.org/10.1002/ca.22836>
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M, A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*, 379-407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- Oliveira, A., Lopes, C., Melo, M., & Jeneral, R. (2014). Sentimentos vivenciados pelas mulheres no retorno à vida sexual após o parto. *Revista Faculdade Ciências Médicas Sorocaba*, *16*(4), 174-177. <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/17651/pdf>

- Oliveira, S. & Miquilini, E. (2005). Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(3), 288-295. <https://www.scielo.br/j/reusp/a/ZC8s8fzGQYbX6gNSNysbbbz/?format=pdf&lang=pt>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (n.d.). *Projeto Maternidade com Qualidade*. www.ordemenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. Programa formativo que integra o ciclo de estudos do curso de mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e *Obstétrica*. Diário da República, 2.a série — 3 de março de 2021 <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/programa-formativo-do-enfermeiro-especialista-em-enfermagem-por-area-de-especialidade/>
- Organização Mundial de Saúde. (2022). *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva*. OMS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354560/9789240048515-por.pdf?sequence=1>
- Parecer N.º 23/2011. *Procedimento de Cuidados Perineais à Puérpera Durante o Internamento Hospitalar*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_23_MCE_ESMO.pdf
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação Portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, 7(1), 33- 44. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1260/1/LP%207%281%29%2033-44.pdf>
- Pestana, M. H. & Gagueiro, J. N. (2008) - *Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS*. 5ª ed. Lisboa: Edições Silabo
- Poch. (2022). Taxa de escolaridade de nível secundário, entre os 25 e os 64 anos, continua a subir. <https://www.poch.portugal2020.pt/ptpt/Noticias/Paginas/noticia.aspx?nid=1207>

- Pordata. (n.d). *Partos nos hospitais: total e por tipo*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_accas=PESQUISA&frm_show_page_num=2&frm_modos_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_texto=hospital&frm_modos_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_data_ini=&frm_data_fim=&frm_tema=QUALQUER_TEMA&frm_area=QUALQUER_AREA&xlang=pt
- Progianti, J., Araújo, L., & Mouta, R. (2008). Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(1), 45-49.
<https://www.scielo.br/j/ean/a/93MjPCPgbnMrHCRXXgXZf4y/?format=pdf&lang=pt>
- Pukall, C. F., Goldstein, A. T., & Bergeron, S. (2020). *Vulvodynia: An integrated approach to assessment and treatment*. Springer.
- Santana, A., & Figueiredo, M. (2016). Vigilância do bem-estar materno-fetal. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (Cap. 11.9.1, pp. 392-399). Lidel.
- Sequeira, A., Pouso, O., & Amaral, C. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde materna e obstétrica*. Lidel.
- Refat, U. J., Ahsan, M. S., & Sarkar, A. A. (2024). Cross-cultural adaptation and psychometric validation of the femali sexual function index-6 (FSFI-6) Bangla version. *Sex Med*, 12(3), qfae044. <https://doi.org/10.1093/sexmed/qfae044>
- Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 391/2019, de 03 de maio. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República*, — N.º 85 — 3 de maio de 2019
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
- Rosado, R. & Zangão, M., (2021) Influencia da episiotomia na sexualidade. *Revista de investigação de enfermagem*, 36(2), 45-57.
<https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/34175>
- Rosado, R. A. S. J. (2020). *Influência da episiotomia na sexualidade, após o parto* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/26520>

- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Schumacher, K., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 26*(2), 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Sequeira, A., Pouso, O., & Amaral, C. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde materna e obstétrica*. Lidel.
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia E Medicina Materno-Fetal (2022). *Norma de Orientação Clínica*. <https://www.spommf.pt>
- Steven, T. (2014). *Sutures, Adhesives, Staples, and Other Closure Technologies*. In Surgery. SpringerLink.
- Thacker, S. B., & Banta, D. H. (1983). Benefits and risks of episiotomy: An interpretative review of the English language literature. *Obstet Gynecol Surv*, 28, 322-338. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6346168/>
- Viswanathan, M., Hartmann, K., Palmieri, R., Lux, L., Swinson, T., Lohr, K. N., & Gartlehner, G. (2005). The use of episiotomy in obstetrical care: A systematic review. *Evidence Report/Technology Assessment*, (112), 1–8. <https://europepmc.org/article/nbk/nbk37475>
- Woretaw, E., Teshome, M., & Alene, M. (2021). Episiotomy practice and associated factors among mothers who gave birth at public health facilities in Metema district, northwest Ethiopia. *Reproductive health*, 18(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01194-9>
- World Health Organization. (2017). Sexual health [Internet]. WHO. <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual-health/en/>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

Yang, J. & Bai, H. (2021). Knowledge, attitude and experience of episiotomy practice among obstetricians and midwives: a cross-sectional study from China. *BMJ Open*, *11*(4), e:043596. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043596>

Yilmaz, T., Kaya, H. D., & Karaahmet, A. Y. (2021). The Effect of Episiotomy on The Postpartum Comfort Level: A Case-Control Study. *International Journal of Caring Sciences*, *14*(3), 1882–18. https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/36_tulay_original_14_3.pdf

ANEXOS

Anexo A – Consentimento informado

Consentimento Informado

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

O atual trabalho de investigação, intitulado “*O Impacto da episiotomia na função sexual da mulher*”, insere-se num estudo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde – IPB orientado pela Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia e Professora Ana Fernanda Ribeiro Azevedo da Escola Superior de Saúde – IPB. Classifica-se como estudo de investigação observacional, analítico e transversal, e tem como principal objetivo analisar o impacto da episiotomia na função sexual da mulher.

Este estudo não tem qualquer financiamento, nem implica nenhuma despesa ou risco para a participante, assim como não existe qualquer forma de pagamento pela sua participação. As informações serão recolhidas através do preenchimento de um questionário. Todas as informações são anónimas, não existindo qualquer registo de dados de identificação. Qualquer dado será confidencial e não será revelado a terceiros, nem publicado. A sua participação neste estudo é voluntária e pode desistir a qualquer altura, ou recusar-se a participar, sem que tal facto tenha consequências ou prejuízos para si.

O presente modelo de consentimento informado foi elaborado em duplicado, uma via para o investigador e uma via para a mulher que participa no estudo. Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética da ULSTS.

Quero agradecer-lhe a participação neste estudo e autorização que me concede.

Nome: Sara Isabel da Fonseca Ribeiro

Local de trabalho: ULSTS- USG- Serviço Urgência Contacto telefónico: 967907980

Endereço eletrónico: saraisabelribeiro1@gmail.com

Assinatura: Sara Ribeiro

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo, sem qualquer consequência. Desta forma, aceito participar no estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, com a garantia de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Anexo B – Instrumentos de recolha de dados

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Questionário Aplicado às mulheres do Serviço Obstetrícia da ULSTS

QUESTIONÁRIO

Este questionário tem como finalidade a recolha de dados no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, com o tema: O impacto da episiotomia na função sexual da mulher.

Este questionário é constituído pela caracterização sociodemográfica das mulheres bem como informações relacionadas com o histórico dos seus partos (tipo de parto, se teve ou não episiotomia e data do último parto), e por último é constituído pela aplicação do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)

O estudo tem como objetivo *analisar o Impacto da episiotomia na função sexual da mulher*

A sua participação é importante, por isso solicita-se que responda com a maior honestidade possível. Não existem respostas certas ou erradas, pelo que qualquer resposta é considerada válida. O preenchimento deste questionário é fácil, dura aproximadamente 10 minutos e existem indicações para o fazer, ao longo do mesmo.

Obrigada pela sua colaboração.

Aceita participar neste estudo. Sim _____ Não _____

Assinale, por favor, com um X a sua resposta mais adequada

1. Idade (anos)

- 1. 20-24
- 2. 25- 29
- 3. 30-34
- 4. ≥ 35

2. Estado civil:

- 1. Solteira
- 2. Casada / União de facto
- 3. Divorciada / Separada
- 4. Viúva

3. Naturalidade.

- 1. Portuguesa
- 2. Outra (Indique) _____

4. Nível de escolaridade completo:

- 1. 1º Ciclo
- 2. 2º Ciclo
- 3. 3º Ciclo
- 4. Ensino Secundário
- 5. Licenciatura
- 6. Pós-graduação/ Mestrado
- 7. Doutoramento

5. Profissão

6. Quantos filhos tem?

- 1. Nenhum
- 2. 1
- 3. 2
- 4. 3
- 5. ≥ 4

7. Número de partos, incluindo o atual:

- 1. 1
- 2. 2
- 3. 3
- 4. ≥ 4

8. Tipo de parto:

- 1. Vaginal
- 2. Cesariana

9. Fez episiotomia

1. Sim
2. Não

10. Há quantos anos foi o parto anterior:

1. ≤ 5 anos
2. ≥ 6 anos

Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)

(Rosen et al., 2000; traduzido e adaptado por Nobre, P., 2001; Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) / Portuguese validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) por Pedro Pechorro et al., 2009)

Tendo em conta **o primeiro ano após o parto** escolha a resposta que mais representa a sua experiência ao longo desse período.

1. Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

- 5=Quase sempre ou sempre?
- 4=A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- 3=Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- 2=Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- 1=Quase nunca/ nunca

2. Como classificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

- 5=Muito elevado
- 4=Elevado
- 3=Moderado
- 2=Baixo
- 1=Muito baixo / nenhum

3. Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou relação sexual?

- 0=Não tive atividade sexual
- 5=Quase sempre ou sempre

- 4=A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- 3=Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- 2=Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- 1=Quase nunca/ nunca

4. Como classificaria o seu nível de excitação sexual durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- 0=Não tive atividade sexual
- 5=Muito elevado
- 4=Elevado
- 3=Moderado
- 2=Baixo
- 1=Muito baixo/ nenhum

5. Qual a sua confiança em conseguir ficar sexualmente excitada durante atividade sexual ou a relação sexual?

- 0=Não tive atividade sexual
- 5=Confiança muito elevada
- 4=Confiança elevada
- 3=Confiança moderada
- 2=Confiança baixa
- 1=Confiança muito baixa/ nenhuma confiança

6. Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante atividade sexual ou relação sexual?

- 0=Não tive atividade sexual
- 5=Quase sempre / sempre
- 4=A maior parte das vezes das vezes (mais de metade das vezes)
- 3=Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- 2=Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- 1=Quase nunca/ nunca

7. Com que frequência ficou lubrificada (“molhada”) durante atividade sexual ou relação sexual?

- 0=Não tive atividade sexual
- 5=Quase sempre ou sempre
- 4=A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- 3=Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- 2=Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- 1=Quase nunca/ nunca

8. Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (“molhada”) durante atividade sexual ou relação sexual?

- 0=Não tive atividade sexual
- 1=Extremamente difícil ou impossível
- 2=Muito difícil
- 3=Difícil
- 4=Ligeiramente difícil
- 5=Nenhuma dificuldade

9. Com que frequência manteve a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da atividade sexual ou relação sexual?

- 0=Não tive atividade sexual
- 5=Quase sempre/ sempre
- 4=A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- 3=Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- 2=Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- 1=Quase nunca/ nunca

10. Qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da atividade sexual ou relação sexual?

- 0=Não tive atividade sexual
- 1=Extremamente difícil ou impossível
- 2=Muito difícil
- 3=Difícil

- 4=Ligeiramente difícil
- 5=Nenhuma dificuldade

11. Quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?

- 0=Não tive atividade sexual
- 5=Quase sempre/ sempre
- 4=A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- 3=Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- 2=Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- 1=Quase nunca/ nunca

12. Quando teve estimulação sexual ou relação sexual, qual a dificuldade que teve para atingir o orgasmo (clímax)?

- 0=Não tive atividade sexual
- 1=Extremamente difícil ou impossível
- 2=Muito difícil
- 3=Difícil
- 4=Ligeiramente difícil
- 5=Nenhuma dificuldade

13. Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante atividade sexual ou relação sexual?

- 0=Não tive atividade sexual
- 5=Muito satisfeita
- 4=Moderadamente satisfeita
- 3=Igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2=Moderadamente insatisfeita
- 1=Muito insatisfeita

14. Qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a atividade sexual?

- 0=Não tive atividade sexual
- 5=Muito satisfeita

- 4=Moderadamente satisfeita
- 3=Igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2=Moderadamente insatisfeita
- 1=Muito insatisfeita

15. Qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que manteve com o seu parceiro?

- 5=Muita satisfeita
- 4=Moderadamente satisfeita
- 3=Igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2=Moderadamente insatisfeita
- 1=Muito insatisfeita

16. Qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?

- 5=Muito satisfeita
- 4=Moderadamente satisfeita
- 3=Igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2=Moderadamente insatisfeita
- 1=Muito insatisfeita

17. Com que frequência sentiu dor ou desconforto durante a penetração vaginal?

- 0=Não tentei ter relações sexuais
- 1=Quase sempre/ sempre
- 2=A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- 3=Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- 4=Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- 5=Quase nunca/ nunca

18. Com que frequência sentiu dor ou desconforto após a penetração vaginal?


- 0=Não tentei ter relações sexuais

- 1=Quase sempre/ sempre
- 2=A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- 3=Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- 4=Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- 5=Quase nunca/ nunca

19. Como classificaria o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- 0=Não tentei ter relações sexuais
- 1=Muito elevado
- 2=Elevado
- 3=Moderado
- 4=Baixo
- 5=Muito baixo/ nenhum

Anexo C – Pedido de autorização para o Conselho de Administração para Aplicação do questionário

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA	IMPRESSO	Código: SEFI.CI.005.01 Data Elaboração: 23/08/2023 Revisão: 01
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL SEFI - Centro de Investigação da ULSTS		

Utilize os modelos que forem aplicáveis ao Estudo de Investigação em causa, acrescentando a informação que considerar pertinente.

Projeto de Investigação (título)

Impacto da eficiência na função sexual da mulher

Exmo(a). Senhor(a) Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, E.P.E

Sora Isabel da Fonseca Ribeiro (nome completo),
portador do Cartão de Cidadão n.º 12323913, Licenciada (habilitações Literárias),
residente em Rua Santa Teófilo do Comércio n.º 15 Amarante,
atualmente a exercer funções de Enfermeira, em ULSTS-USG (Instituição /
Serviço), cédula profissional n.º 54886 (quando exista), Wegância contatável pelo telefone /
Telemóvel n.º 967904980, e/ou endereço eletrónico
sora.isabel.ribeiro@gmail.com, na qualidade de Investigador Principal, vem por
este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar na vossa Unidade Local de Saúde, o
Projeto de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios
apresentados.

Data

26/02/2024

Assinatura

Sora Isabel da Fonseca Ribeiro

Anexo D – Autorização do Conselho de Administração para Aplicação do questionário



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
TÂMEGA E SOUSA

Exmo. (a) Senhor(a)

Enfª Sara Isabel Fonseca Ribeiro

saraisabelribeiro1@gmail.com

N/ Comunicação nº:10/2024	V/ Referência:	Data: 06/05/2024
---------------------------	----------------	------------------

Assunto: "Impacto da episotomia na função sexual da mulher"

Exma Senhora Enfª Sara Isabel Fonseca Ribeiro,

Acusamos a receção do seu pedido para realização do estudo "Impacto da episotomia na função sexual da mulher".

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objeção ética à realização do estudo no CHTS, nas condições referidas no mesmo.

Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 02/05/2024 foi autorizada a realização do estudo, podendo o mesmo dar início, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização do estudo deverá entregar, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no Serviço de Ensino, Formação e Investigação (SEFI), o relatório final, sendo este de carácter obrigatório.

Estamos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do SEFI,

(Eliana Pereira, Dra)

Anexo E – Declaração de Compromisso do investigador Principal

Não é possível apresentar a imagem.



Declaração de compromisso do Investigador Principal

(Para a disponibilização á CES do relatório final ou relatórios anuais de evolução da investigação)

Instituição promotora: Instituto Politécnico de Bragança (IPB)
Projeto de investigação: Impacto da episiotomia na função sexual da mulher
Investigador principal: Sara Isabel da Fonseca Ribeiro
Contatos do investigador: e- mail: saraisabelribeiro1@gmail.com
telemóvel: 967907980
Local a realizar o projeto de Investigação: Serviço de obstetria do ULSTS

Eu, Sara Isabel da Fonseca Ribeiro, Investigadora principal do projeto de investigação “O Impacto da episiotomia na função sexual da mulher”, comprometo-me a disponibilizar à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa, o relatório final e / ou relatórios anuais de evolução de investigação .

Local: Amarante

Data: 20/02/2024

Assinatura


Sara Isabel da Fonseca Ribeiro

Anexo F – Declaração de compromisso para outros investigadores ou colaboradores.



Declaração de compromisso para outros investigadores ou colaboradores na investigação, destinada a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade dadas pelo investigador principal

<p>Instituição promotora: Instituto Politécnico de Bragança (IPB)</p> <p>Projeto de investigação: Impacto da episiotomia na função sexual da mulher</p> <p>Investigador principal: Sara Isabel da Fonseca Ribeiro</p> <p>Contatos do investigador: e- mail: saraisabelribeiro1@gmail.com telemóvel: 967907980</p> <p>Colaboradora: Enfermeira Ana Cristina Cardoso Almeida</p> <p>Local a realizar o projeto de Investigação: Serviço de obstetria do ULSTS</p>

Eu, Ana Cristina Almeida colaboradora no projeto de investigação acima referenciado, declaro que me prometo como participante no projeto de investigação, a respeitar os métodos e pretendidos objetivos do projeto de investigação em causa, bem como a garantir a confidencialidade da informação adquirida e / ou partilha com os envolvidos neste estudo.

Local: Serviço de obstetria

Data: 16/02/24

Assinatura

Ana Cristina Almeida
(Cristina Almeida)

Anexo G – Declaração da Enfermeira chefe de Serviço de Obstetrícia



Declaração do Diretor de Serviço/ Unidade

Instituição promotora: Instituto Politécnico de Bragança (IPB)
Projeto de investigação: Impacto da episiotomia na função sexual da mulher
Investigador principal: Sara Isabel da Fonseca Ribeiro
Contactos do investigador: e- mail: saraisabelribeiro1@gmail.com
telemóvel: 967907980
Local a realizar o projeto de Investigação: Serviço de obstetrícia da ULSTS

Eu, *Assinatura*, Enfermeira chefe do serviço de Obstetrícia, declaro existirem as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação “O impacto da episiotomia na função sexual da mulher” em condições éticas adequadas.

Local: Serviço de obstetrícia

Data: 15/02/2024

Assinatura

Assinatura (60095)

Anexo H – Declaração da diretora do Serviço de ginecologia/obstetrícia



Declaração do Diretor de Serviço/ Unidade

Instituição promotora: Instituto Politécnico de Bragança (IPB)
Projeto de investigação: Impacto da episiotomia na função sexual da mulher
Investigador principal: Sara Isabel da Fonseca Ribeiro
Contatos do investigador: e- mail: saraisabelribeiro1@gmail.com
telemóvel: 967907980
Local a realizar o projeto de Investigação: Serviço de obstetrícia da ULSTS

Eu, Olímpia do Carmo, diretora do serviço de ginecologia/obstetrícia da ULSTS, declaro existirem as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação “O impacto da episiotomia na função sexual da mulher” em condições éticas adequadas.

Local: Serviço de obstetrícia

Data: 08/04/2024

Assinatura

Assinado por: OLÍMPIA TRIGO DO CARMO
Num. de Identificação: 03700903
Data: 2024.04.08 22:38:50+01'00'



Anexo I – Declaração das orientadoras científicas e pedagógicas



Declaração

Teresa Isaltina Gomes Correia, Professora coordenadora do Instituto Politécnico de Bragança, Doutorada em Biologia Humana e Ana Fernanda Ribeiro Azevedo Especialista em Enfermagem Professora adjunta no Instituto Politécnico de Bragança, Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, declaram ser orientadoras do Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica intitulado : “O impacto da episiotomia na função sexual da mulher”, da mestranda Sara Isabel da Fonseca Ribeiro, assumindo desta forma a responsabilidade de coordenadora científica do estudo.

Bragança, 16 de fevereiro de 2024

(Teresa Isaltina Gomes Correia)

Assinado por: **Teresa Isaltina Gomes Correia**
Num. de Identificação: 05920982
Data: 2024.02.16 10:21:00 +0000

(Ana Fernanda Ribeiro Azevedo)

Assinado por: **ANA FERNANDA RIBEIRO**
AZEVEDO
Num. de Identificação: B1069050538

Anexo J – Índice da Função Sexual Feminina

42 P. Pechorro, A. Diniz, S. Almeida, & R. Vieira

Anexo A

Item

1. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desejo ou interesse sexual?
 2. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu **nível** (grau) de desejo ou interesse sexual?
 3. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** se sentiu sexualmente excitada durante a actividade sexual ou a relação sexual?
 4. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu **nível** de excitação sexual durante a actividade sexual ou a relação sexual?
 5. Nas últimas 4 semanas, qual a sua **confiança** em conseguir ficar sexualmente excitada durante a actividade sexual ou a relação sexual?
 6. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante a actividade sexual ou a relação sexual?
 7. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** ficou lubrificada (“molhada”) durante a actividade sexual ou relação sexual?
 8. Nas últimas 4 semanas, qual a **dificuldade** que teve em ficar lubrificada (“molhada”) durante a actividade sexual ou a relação sexual?
 9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência **manteve** a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da actividade sexual ou da relação sexual?
 10. Nas últimas 4 semanas, qual a **dificuldade** que teve em manter a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da actividade sexual ou da relação sexual?
 11. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com que **frequência** atingiu o orgasmo (clímax)?
 12. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, qual a **dificuldade** que teve em atingir o orgasmo (clímax)?
 13. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de **satisfação** com a sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a actividade sexual ou a relação sexual?
 14. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de **satisfação** com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a actividade sexual?
 15. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de **satisfação** com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?
 16. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de **satisfação** com a sua vida sexual em geral?
 17. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?
 18. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?
 19. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu **nível** (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?
-

Anexo K – Autorização dos autores para aplicação do Índice da Função Sexual Feminina

Autorização para a utilização do Índice da função sexual Feminina (IFSF)

Autorização do Doutor Pedro Pechorro para utilização do Índice da Função Sexual Feminina (IFSF), validada em português Caixa de entrada x

Sara Ribeiro <saraisabelribeiro1@gmail.com> para ppechorro@gmail.com ter., 10 de out., 20:01 (há 9 dias) ☆ ↶ ⋮

Boa Tarde Exmo. Professor Doutor Pedro Pechorro

Venho por este meio solicitar o consentimento de V. Excelência para a utilização do Índice da Função Sexual Feminina validada em português no contexto da realização do Mestrado em Saúde Materno e Obstétrica do Instituto Politécnico de Bragança.

O estudo tem como objetivo constatar o impacto da episiotomia na vivência da sexualidade da mulher, pretendo aplicar a escala de IFSF no serviço de obstetria do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Hospital onde exerço funções como enfermeira.

Atenciosamente;

Sara Ribeiro

Pedro Pechorro para mim ter., 10 de out., 20:16 (há 9 dias) ☆ ↶ ⋮

Cara Sara
Pode utilizar o Fsfí na sua investigação.
Cumprimentos
Pedro Pechorro

Sara Ribeiro <saraisabelribeiro1@gmail.com> para Pedro ter., 6 de fev., 02:40 ☆ 😊 ↶ ⋮

Boa noite Exmo. Professor Doutor Pedro Pechorro

As perguntas do questionário do FSFI são iniciadas "**Nas últimas 4 semanas**", será que posso alterar o início das perguntas pelo seguinte "**No primeiro ano após o parto**"

Atenciosamente;
Sara Ribeiro

Pedro Pechorro <ppechorro@gmail.com> para mim ter., 6 de fev., 09:08 ☆ 😊 ↶ ⋮

Sim.

↶ Responder ↷ Encaminhar 😊

Índice de Funcionamento Sexual Feminino

Caixa de entrada x



Sara Ribeiro <saraisabelribeiro1@gmail.com>
para ppechorro

sex., 2 de fev., 01:36 (há 3 dias) ☆ 😊 ↶ ⋮

Boa noite Exmo. Professor Doutor Pedro Pechorro

Venho por este meio solicitar a V. Excelência que me faculte o Índice de Funcionamento Sexual Feminino validada em português com as perguntas e opções de resposta uma vez que na validação portuguesa só tem as perguntas, para usar no contexto da realização do Mestrado em Saúde Materno e Obstétrica do Instituto Politécnico de Bragança como já foi mandei email a pedir consentimento para a utilização do FSFI e foi concedido, como já tinha referido o estudo tem como objetivo constatar o impacto da episiotomia na vivência da sexualidade da mulher, pretendo aplicar a escala de IFSF no serviço de obstetria do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Hospital onde exerço funções como enfermeira.

Atenciosamente;

Sara Ribeiro



Pedro Pechorro
para mim

sex., 2 de fev., 09:04 (há 3 dias) ☆ 😊 ↶ ⋮

Bom dia

No artigo tem os itens, basta colocar no formato likert de resposta adequado.
A forma de cotar está descrita no artigo de validação e no artigo original.

cumps
pedro pechorro

↶ Responder

↷ Encaminhar



Anexo L – Confirmação da submissão do artigo

[Servir] Agradecimento pela submissão

Caixa de entrada x



Servir <noreply@rcaap.pt>
para mim ▾

18:22 (há 5 minutos)



Sara Isabel Fonseca Ribeiro,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "O IMPACTO DA EPISIOTOMIA NA FUNÇÃO SEXUAL DA MULHER" à revista Servir. Através do sistema de gestão editorial online que estamos a utilizar, conseguirá acompanhar o progresso no processo editorial, bastando entrar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <https://revistas.rcaap.pt/servir/authorDashboard/submission/38298>

Nome de utilizador: saraisabel

Em caso de dúvidas, entre em contacto connosco. Agradecemos mais uma vez considerar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

Servir

[Servir](#)

↳ Responder

→ Encaminhar

