

Tesis Doctoral

**Programa de Doctorado:
Didáctica y Organización de Instituciones Educativas**

**Departamento de Didáctica y Organización Educativa
Facultad de Ciencias de la Educación
Universidad de Sevilla**

Saúde da Mulher:
Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros do distrito de
Setúbal e proposta de um plano formativo.

Línea de Investigación:

A Aprendizagem dos Professores e a Investigação sobre os Processos de Desenvolvimento Profissional

**Tesis doctoral
presentada por Fernanda Maria Gomes da Costa Teixeira Marques,
dirigida por Dr. D. Blas Bermejo Campos**

El Director

La Doctoranda

Sevilla, 2015.



Programa de Apoio à Formação Avançada
de Docentes do Ensino Superior Politécnico 2009

A tese apresentada foi financiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, no âmbito do Programa de Apoio à Formação Avançada de Docentes do Ensino Superior Politécnico (SFRH/PROTEC/5041772009).

“A educação não é um processo de adaptação do indivíduo à sociedade.

O homem deve transformar a realidade.”

(Paulo Freire, 1990).

Agradecimentos

Recordo quando a motivação para a realização desta pesquisa emergiu...

Agora, após anos passados, depois de perceber que a sua concretização fecha um capítulo do meu percurso e abre espaço para o desenho de novos trilhos quero expressar o meu sentir a todos os que contribuíram para que a sua conclusão fosse uma realidade.

Ao diretor da obra, Dr. Blas Bermejo Campos, pela sua tutoria, orientação e supervisão, sempre com uma palavra de estímulo, aconselhamento e recomendação.

Aos peritos que colaboraram na realização do instrumento de pesquisa.

Aos sujeitos do estudo pela sua contribuição nas respostas dadas. Sem esses dados não seria possível a realização do presente estudo.

Aos meus amigos e colegas da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal pelos seus incitamentos manifestos...

Ao meu falecido pai que acredito saber desta conquista.

À minha mãe pela sua presença e encorajamento.

Ao Duarte, meu filho, pela constante presença.

Aos nominalmente não referenciados, mas que de alguma forma instigaram o processo.

À Matilda, à Batata, à Lucy(fer) e ao Beli(al), pelos bons momentos de pausa e partilha de afetos.

RESUMO

Foi nosso objetivo, com a elaboração identificar as necessidades de formação contínua, na área da Saúde da Mulher, dos enfermeiros do distrito de Setúbal. Para tal, após pesquisa conceptual sobre os descritores de saúde da mulher, como: cuidados de enfermagem e situações de saúde-doença na mulher, enquadrou-se teoria sobre formação contínua em enfermagem, técnica Painel Delphy e recolha de dados por questionário electrónico.

O questionário foi analisado criticamente por um grupo de 15 peritos em enfermagem, segundo a técnica WebDelphy. Após a segunda ronda, verificou-se a saturação da informação validando-se o questionário.

Foi enviado, para os endereços electrónicos das direcções das instituições de saúde do distrito de Setúbal, após autorização das mesmas.

Dos 2 738 enfermeiros que desempenham funções nas instituições de saúde (hospitais e centros de saúde) estimou-se participação de 274 enfermeiros, mas obteve-se apenas 212 respostas, o que não generaliza os resultados obtidos para a população.

A análise quantitativa dos dados recolhidos levou à identificação da área de enfermagem médico-cirúrgica (66 enfermeiros) como a de eleição para um curso de formação contínua em enfermagem, seguida da área de enfermagem em saúde materna e obstétrica (61 enfermeiros), Destes, emergiram as temáticas (das que estavam em apreciação) que consideraram ter necessidade de formação contínua na área de saúde da mulher, já agrupadas por área específica de intervenção de enfermagem na mulher, nomeadamente: Planeamento para a família e pré-concepcional; Gravidez; Trabalho de Parto/Parto; Puerpério; Climatério; Ginecologia e Comunidade, mais as unidades curriculares que consideraram pertinentes ser transversais a um curso de formação contínua em enfermagem na área de saúde da mulher (1. Relação de Ajuda e Comunicação Terapêutica; Gestão de Cuidados de Enfermagem; 3. Ética e Deontologia) e a revelação dos motivos que consideraram para participar num curso de formação contínua em enfermagem (como: aquisição de conhecimentos; interesse pessoal pelas temáticas; desenvolvimento de competências e procura de saberes orientados para a resolução de problemáticas específicas da sua prática profissional de enfermagem).

Como implicação das conclusões obtidas considerou-se existir matéria para constructo de um desenho de plano formativo para um Curso de Pós-Graduação em Enfermagem: Saúde da Mulher.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde da Mulher; Formação Contínua; Questionário

RESUMEN

Era nuestro objetivo, con la elaboración a identificar las necesidades de capacitación en el área de Salud de la Mujer, enfermeras del distrito de Setúbal. Para ello, después de la investigación conceptual sobre los descriptores de salud de la mujer, como la atención de enfermería y situaciones de salud y enfermedad en las mujeres, enmarcados por la teoría de la educación continua en enfermería, grupo técnico Delphy y recopilación de datos mediante un cuestionario electrónico.

El cuestionario fue analizado críticamente por un grupo de 15 expertos en enfermería, de acuerdo a la técnica WebDelphy. Después de la segunda ronda, se produjo la saturación de información de la validación del cuestionario.

Fue enviado a las direcciones electrónicas de las direcciones de las instituciones de salud en el distrito de Setúbal, previa autorización de la misma.

De los 2738 enfermeros que desempeñan funciones en las instituciones de salud (hospitales y clínicas) se estimó la participación de 274 enfermeras, pero se obtuvo sólo 212 respuestas, lo que implica que no se pueden generalizar los resultados a la población.

El análisis cuantitativo de los datos recogidos condujo a la identificación del área de enfermería médico-quirúrgica (66 enfermeras), como la elección de un curso de educación continua en enfermería, seguido por el campo de la enfermería en la salud materna y obstétrica (61 enfermeras) De ellos, surgieron las temáticas sobre las que han considerado la necesidad de educación continua en la salud de la mujer, ya agrupados por área específica de intervención de enfermería en las mujeres, a saber: planificación de la familia y la preconcepción; Embarazo; Trabajo Entrega / Parto; Posparto; Climaterio; La Ginecología y la Comunidad, además de los cursos que se consideren relevante introducir en un curso de educación continua en enfermería en la salud de las mujeres (1. Relación de Ayuda y Comunicación Terapia, Gestión de Cuidados de Enfermería; 3. Ética y Ética) y la revelación de las razones por las que consideran que asistir a un curso de educación continúa en enfermería (por ejemplo: adquisición de conocimientos, interés personal en los problemas, desarrollo de habilidades y el conocimiento orientado a la demanda para resolver problemas específicos de su práctica profesional de enfermería).

Como consecuencias de las conclusiones que se consideran, existe material suficiente como para construir un plan de formación para un Curso de Postgrado en Enfermería: Salud de la Mujer.

Palabras clave: Enfermería; Salud de la Mujer; Formación Continua, Cuestionario.

ABSTRACT

It was our goal, with the elaboration identify training needs in the area of Women's Health, nurses the district of Setúbal. To do this, after conceptual research on women's health descriptors, such as nursing care and situations of health and disease in women, framed up theory of continuing education in nursing, technical Delphi panel and electronic questionnaire.

The questionnaire was critically analyzed by a group of 15 experts in nursing, according to WebDelphi technique. After the second round, there was saturation of information validating the questionnaire.

It was sent to the electronic addresses of the directions of the health institutions in the district of Setúbal, after authorization of the same.

Of the 2738 nurses who perform functions in health institutions (hospitals and clinics) was estimated participation of 274 nurses, but was obtained only 212 responses, which does not generalize the results to the population.

Quantitative analysis of the collected, identification of medical-surgical nursing area (66 nurses) as the election of a course of continuing education in nursing, followed by the nursing field in maternal health and obstetric (61 nurses). Of these, emerged thematic (those already appreciation) that have considered the need for continuing education in health of the woman, already grouped by specific area of nursing intervention in women, namely: Planning for family and Preconception; Pregnancy; Work Delivery / Childbirth; Postpartum; Climacteric; Gynecology and Community, plus courses of continuing education in nursing in the health of women (1. Helping Relationship and Communication Therapy; 2. Nursing Care Management; 3. Ethics) and the revelation of the reasons they consider to attend a course of continuing education in nursing (such as: acquisition of knowledge, personal interest in the issues, skills development and demand-oriented knowledge to solve specific problems of their professional nursing practice).

As implication of the conclusions considered to exist subject to construct a training plan draft for a Postgraduate Course in Nursing: Women's Health.

Keywords: Nursing; Women's Health; Lifelong Learning; Questionnaire.

SIGLAS/ACRÓNIMOS

A.C.: Antes de Cristo

ACES: Agrupamentos de Centros de Saúde

ADELIA: Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada

AESOP: Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

APEO: Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

APF: Associação para o Planeamento da Família

APLL: Associação Portuguesa de Leucemias e Linfomas

ARSLVT: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CCR: Cancro Coloretal

CCU: Cancro do Colo do Útero

CD: Cuidados Diferenciados

CVEDT: Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

CID: Classificação Internacional de Doenças

CIDM: Comissão da Igualdade e dos Direitos das Mulheres

CIPD: Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento

cit.: citado

CP: Cancro do Pulmão

CPLEESMO: Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna, e Obstétrica

CRSMCA: Comissão Regional de Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente

CSP: Cuidados de Saúde Primários

DEP: Departamento de Educação Permanente

DEPS: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde

DETEFP: Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional

DGS: Direção-Geral da Saúde

DNA: Ácido Desoxirribonucleico

DSPCD: Direção de Serviços de Prevenção e Controlo da Doença
ed.: edição

ECN: European Cancer Network

ESSMO: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EMA: European Midwives Asssociation

et al.:provém da palavra latina *alli* que significa entre outros

ETE: Escola Técnica de Enfermagem

EU: European Union

EUA: Estados Unidos da América
FCT: Fundação para a Ciência e Tecnologia
FIGO: Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FPCEUP: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto
FPV: Federação Portuguesa pela Vida
FSPO: Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia
gr : gramas
HIV: Human Immunodeficiency Virus. Vírus da Imunodeficiência Humana-VIH
HPV: Human Papillomavirus. Papiloma Vírus Humano-PHV
HSV: Vírus Herpes Simples
IARC: International Agency for Research on Cancer
ICM: International Confederation of Midwives
I&D: Investigação e Desenvolvimento
IG: Interrupção da Gravidez
IMC: Índice de Massa Corporal
INE: Instituto Nacional de Estatística
INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica
INSA: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IVG: Interrupção Voluntária da Gravidez
ISPA: Instituto Superior de Psicologia Aplicada
IST: Infecção Sexualmente Transmissível
Kgr: Quilogramas
nº: Número
ODM: Objetivos do Milénio
OE: Ordem dos Enfermeiros
OEP: Ordem dos Enfermeiros Portugueses
OMS: Organização Mundial de Saúde
ONG: Organização Não Governamental
ONU: Organização das Nações Unidas
PNPCDO: Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas
PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNSR: Programa Nacional de Saúde Reprodutiva
PNV: Plano Nacional de Vacinação
REPE: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RNCCI: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
sd.: Sem data
SPG: Sociedade Portuguesa de Ginecologia

TAC: Tomografia Axial Computorizada
TI: Taxa de Incidência
TMI: Taxa de Mortalidade Infantil
TMM: Taxa de Mortalidade Materna
UCF: Unidade Coordenadora Funcional
TSH: Terapia Hormonal de Substituição
UE: União Europeia
UE-27: União Europeia dos 27
UMAR: União de Mulheres Alternativa e Resposta
UNICEF: United Nations Children's Fund
UNFPA: United Nations Fund for population Activities/Fundo de População das Nações Unidas
REPE: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RNCCI: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAF: Síndrome Alcoólico Fetal
SBV: Suporte Básico de Vida
SICAD: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Toxicodependências
SNS: Serviço Nacional de Saúde
SPED: Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva
SPM: Síndrome pré-menstrual
SPTT: Serviços de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência
TAC: Tomografia Axial Computorizada
TMM: Taxa de Mortalidade Materna
UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina
WHO: World Health Organization

ÍNDICE

	Página
Índice de Figuras.	xxii
Índice de Gráficos.	xxv
Índice de Quadros.	xxix
Índice de Tabelas.	xxxiii
INTRODUÇÃO	37
PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.	41
CAPÍTULO UM	FORMAÇÃO/EDUCAÇÃO
	<i>competência em Enfermagem</i>
Introdução.	44
1.1. Formação e Educação numa Sociedade em Mudança.	44
1.2. Os Enfermeiros enquanto Aprendentes Adultos.	49
CAPÍTULO DOIS	O ENFERMEIRO
	<i>profissional de Enfermagem</i>
Introdução.	59
2.1. Identidade do Enfermeiro.	59
2.2. Legislação Regulamentar do Desempenho do Exercício de Profissional.	62
CAPÍTULO TRÊS	POLÍTICAS EDUCATIVAS
	<i>ensino/formação em Enfermagem</i>
Introdução.	67
3.1. Evolução do Ensino/Formação de Enfermagem em Portugal.	67
3.2. Contexto da Formação do Enfermeiro em Portugal.	76
3.3. A Formação de Enfermagem no Distrito de Setúbal.	80
CAPÍTULO QUATRO	MULHER E SOCIEDADE
	<i>área interventiva de Enfermagem</i>
Introdução.	87
4.1. Disposições Demográficosociais na Perspetiva da Saúde da Mulher Portuguesa.	87
4.2. Tendências da Saúde da Mulher Portuguesa.	95
4.3. Questões Sociopolíticas na Conjugalidade e Parentalidade.	98
CAPÍTULO CINCO	MULHER EM PORTUGAL
	<i>foco de atenção na Enfermagem Portuguesa</i>
Introdução.	103
5.1. Morbilidade e Mortalidade nas Mulheres Portuguesas.	103
5.2. Mortalidade Materna.	110
5.3. Cancros Femininos.	114
5.3.1. Cancro da mama.	117
5.3.2. Cancro do colo do útero.	122
5.3.3. Cancro coloretal.	130
5.3.4. Cancros do sistema respiratório.	131
5.4. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.	133
5.5. Hepatite e Cirrose.	134
5.6. Tuberculose.	135
5.7. Outras Perturbações Frequentes nas Mulheres.	136
5.8. Educação para a Saúde.	152

CAPÍTULO SEIS

MULHER E FAMÍLIA

saúde na família: ação de Enfermagem

Introdução.	157
6.1. A Mulher e a Reprodução Social da Família.	157

CAPÍTULO SETE

MULHER E SAÚDE SEXUAL/REPRODUTIVA

área de intervenção em Enfermagem

Introdução.	165
7.1. Saúde Sexual e Reprodutiva.	165
7.1.1. Menstruação.	166
7.1.2. Síndrome Pré-Menstrual.	171
7.1.3. Aborto.	173
7.1.4. Interrupção Voluntária da Gravidez.	180
7.1.5. Climatério e Menopausa.	185
7.1.6. Vacinação antitetânica.	186
7.2. Mutilação Genital Feminina.	187
7.3. Parentalidade.	191

PARTE II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO E EMPIRICO. 201

CAPÍTULO OITO

ABORDAGEM METODOLÓGICA

uma relação recursiva entre teoria e método

Introdução.	205
8.1. Natureza e Problemática da Investigação.	205
8.2. Objetivos.	209
8.3. Plano de Investigação: breves considerações.	209
8.3.1. Fundamentos Éticos.	210
8.4. População: selecção e caracterização.	211
8.5. Técnica e Instrumento de Recolha de Dados.	216
8.5.1. Construção do Questionário.	217
8.5.1.1. A Técnica <i>WebDelphi</i>	218
8.5.1.2. Os Peritos do Painel <i>WebDelphi</i>	224
8.5.1.3. Explicitação da Estrutura.	226
8.5.1.4. Tratamento dos dados recebidos face ao Questionário da 1ª RONDA do Painel <i>WebDelphi</i>	229
8.5.1.5. Tratamento dos dados recebidos face ao Questionário da 2ª RONDA do Painel <i>WebDelphi</i>	290
8.5.1.6. Procedimentos na Aplicação do Questionário.	319

PARTE III. ESTUDO EMPIRICO. 321

CAPÍTULO NOVE

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO CRÍTICA DOS RESULTADOS

necessidades de formação identificadas

Introdução.	325
9.1. Resultados obtidos.	325
9.1.1. Caracterização da Amostra.	326
9.1.2. Identificação das Necessidades de Formação Contínua.	330
9.1.3. A intervenção de enfermagem na Saúde da Mulher.	332
9.1.3.1. Planeamento para a família e pré-concepcional.	333
9.1.3.2. Gravidez.	339
9.1.3.3. Parto.	347
9.1.3.4. Puerpério.	355
9.1.3.5. Climatério.	363

9.1.3.6.	Ginecologia.	368
9.1.3.7.	Comunidade.	377
9.1.3.8.	Temáticas transversais num Curso de Formação Contínua na área de Saúde da Mulher.	383
9.1.3.9.	Motivos dos Enfermeiros para participarem num Curso de Formação Contínua na área de Saúde da Mulher.	385

PARTE IV. CONCLUSÕES	389
-----------------------------------	------------

<u>CAPÍTULO DEZ</u>	<u>PRINCIPAIS DEDUÇÕES</u>	
	<i>premissas a considerar na formação contínua</i>	
Introdução.		393
10.1. Compilação de respostas.		393
10.1.1. Áreas profissionais assinaladas para um curso de Formação Contínua em Enfermagem.		393
10.1.2. Temáticas sinalizadas, como necessárias de formação, na área da Saúde da Mulher.		393
10.1.3. Temáticas sinalizadas, como transversais num curso de Formação Contínua em Enfermagem, na área da Saúde da Mulher.		397
10.1.4. Motivos referidos, para participar num curso de Formação Contínua em Enfermagem, na área da Saúde da Mulher.		397
CONCLUSÃO		398
Implicações Curso de Pós-Graduação em Enfermagem: Saúde da Mulher.		401
BIBLIOGRAFIA		411
ANEXO Questionário.		469

Índice de Figura

	Página
Figura nº 1. Representação da Pirâmide das Necessidades Humanas de Maslow.	77
Figura nº 2. Panorama das intervenções programáticas no ciclo de vida da mulher para prevenir a infeção pelo HPV e o cancro do colo do útero.	126
Figura nº 3. Distritos de Portugal.	212
Figura nº 4. Concelhos do distrito de Setúbal.	212
Figura nº 5. Sequência de Procedimentos metodológicos.	220

	Página
Gráfico nº 1. Incidência do Cancro do Colo do Útero comparado com outros tipos de cancro em mulheres de todas as idades, em Portugal no ano de 2008.	124
Gráfico nº 2. Caracterização do Tempo Despendido pelos peritos na anuência ao Painel <i>WebDelphi</i>	224
Gráfico nº 3. Caracterização dos peritos quanto à Adesão ao Painel <i>WebDelphi</i>	225
Gráfico nº 4. Caracterização dos peritos quanto ao Sexo.	225
Gráfico nº 5. Caracterização dos peritos face ao Número de Anos de Trabalho na Área da Saúde da Mulher.	226
Gráfico nº 6. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 7.	233
Gráfico nº 7. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 8.	235
Gráfico nº 8. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 9.	238
Gráfico nº 9. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 10.	240
Gráfico nº 10. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 11.	242
Gráfico nº 11. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 12.	245
Gráfico nº 12. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 13.	247
Gráfico nº 13. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 14.	249
Gráfico nº 14. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 15.	251
Gráfico nº 15. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 16.	253
Gráfico nº 16. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 17.	255
Gráfico nº 17. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 18.	257
Gráfico nº 18. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 19.	259
Gráfico nº 19. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 20.	261
Gráfico nº 20. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 21.	264
Gráfico nº 21. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 22.	265
Gráfico nº 22. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 23.	267
Gráfico nº 23. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 24.	270
Gráfico nº 24. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 25.	272
Gráfico nº 25. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 26.	274
Gráfico nº 26. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 27.	277
Gráfico nº 27. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 28.	280
Gráfico nº 28. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 29.	282
Gráfico nº 29. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 30.	284
Gráfico nº 30. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 31.	287

Gráfico nº 31.	. Período de tempo despendido pelo Painel de Peritos na análise do questionário proposto à 1ª RONDA.	290
Gráfico nº 32.	Opinião dos peritos quanto à inclusão da definição de Curso de Formação Contínua no questionário da 2ª RONDA.	291
Gráfico nº 33.	Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão da questão nº 7 no questionário da 2ª RONDA.	292
Gráfico nº 34.	Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 14 do Questionário da 2ª RONDA.	298
Gráfico nº 35.	Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 15 do Questionário da 2ª RONDA.	299
Gráfico nº 36	Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 16 do Questionário da 2ª RONDA.	301
Gráfico nº 37.	Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 20 do Questionário da 2ª RONDA.	304
Gráfico nº 38.	Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 21 do Questionário da 2ª RONDA.	305
Gráfico nº 39.	Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 28 do Questionário da 2ª RONDA.	309
Gráfico nº 40.	Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 29 do Questionário da 2ª RONDA.	310
Gráfico nº 41.	Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 30 do Questionário da 2ª RONDA.	313
Gráfico nº 42.	Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 31 do Questionário da 2ª RONDA.	316
Gráfico nº 43.	Período de tempo despendido pelo Painel de Peritos na análise do questionário proposto à 2ª RONDA.	319
Gráfico nº 44.	Caracterização dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, quanto ao sexo.	326
Gráfico nº 45.	Caracterização dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, quanto à idade.. ...	327
Gráfico nº 46.	Caracterização dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, quanto às habilitações académicas.	328
Gráfico nº 47.	Caracterização dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, quanto a outro tipo de habilitação.	329
Gráfico nº 48.	Caracterização dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, quanto à categoria profissional.	329
Gráfico nº 49.	Áreas em que os Enfermeiros, sujeitos do estudo, gostavam de frequentar um Curso de Formação Contínua em Enfermagem.	331

Gráfico nº 50.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: conhecimentos para melhor assistir e promover a saúde da mulhe na vivência dos processos de saúde/doença, nas problemáticas da sexualidade/planeamento para a família e no período pré- concepcional.	334
Gráfico nº 51.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: diagnóstico precoce/prevenção de complicações na saúde da mulher.	335
Gráfico nº 52.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: providência de cuidados de saúde à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade, infeções sexualmente transmissíveis ou mutilação genital feminina.	337
Gráfico nº 53.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal e/ou situação de abortamento.	340
Gráfico nº 54.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: diagnóstico precoce e prevenção de complicações na saúde da mulher no período pré-natal e/ou situação de abortamento. ...	342
Gráfico nº 55.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: providência de cuidados à mulher para facilitação da sua adaptação durante o período pré-natal e/ou situação de abortamento. ...	345
Gráfico nº 56.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: providência dos cuidados que visam a saúde da mulher do feto e/ou do recém-nascido no âmbito do diagnóstico precoce e da prevenção de complicações.	347
Gráfico nº 57.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e a optimização da adaptação do recém-nascido à vida extar-uterina. ...	350
Gráfico nº 58.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: providência dos cuidados à mulher relacionada com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.	353
Gráfico nº 59.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: promoção da saúde da mulher e do recém-nascido durante o período pós-natal.	355
Gráfico nº 60.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo,	

	face ao tema: diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.	358
Gráfico nº 61.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: prevenção de situações nefastas para a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal.	360
Gráfico nº 62.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: promoção da saúde da mulher e apoio na transição para a menopausa.	363
Gráfico nº 63.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: diagnóstico precoce, da prevenção de complicações para a saúde e dos cuidados à mulher durante o climatério/menopausa.	366
Gráfico nº 64.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: promoção de saúde ginecológica da mulher.	369
Gráfico nº 65.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com afeções do aparelho geniturinário.	370
Gráfico nº 66.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com afeções da mama.	372
Gráfico nº 67.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: providenciar cuidados à mulher com afeções do aparelho geniturinário e facilitar a sua adaptação à nova situação.	374
Gráfico nº 68.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: providenciar cuidados à mulher com afeções da mama e facilitar a sua adaptação à nova situação.	376
Gráfico nº 69.	Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: promoção de saúde da mulher (como pessoa individual ou em grupo-alvo).	378

Índice de Quadros

	Página
Quadro nº 1. Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Dr. Egaz Moniz.	82
Quadro nº 2. Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.	83
Quadro nº 3. Causas de morte – taxa de mortalidade padrão, 2010 por 100 000 habitantes.	106
Quadro nº 4. Mortalidade Materna em alguns países da União Europeia, por 100 000 nados vivos.	112
Quadro nº 5. Mortalidade Materna, principais causas, Portugal, 1990-94, por 100.000 nados-vivos.	115
Quadro nº 6. Número de acidentes, vítimas mortais e feridos em acidentes com veículos automóveis entre 1985 e 2004.	148
Quadro nº 7. Acidentes profissionais nos anos 2007, 2008 e 2009, por sexo e por óbitos.	149
Quadro nº 8. Características do painel de peritos <i>WebDelphy</i>	224
Quadro nº 9. Caracterização dos peritos face às Habilitações Académicas.	226
Quadro nº 10. Quadro simulador para registo da Opinião/Comentário dos Peritos e Aplicação dos Critérios de Consenso, face às questões do questionário da 1ª RONDA.	228
Quadro nº 11. Opinião/Comentário dos Peritos e Aplicação dos Critérios de Consenso, face à questão nº 7 do questionário da 1ª RONDA.	233
Quadro nº 12. Opinião/Comentário dos Peritos e Aplicação dos Critérios de Consenso, face à questão nº 8 do questionário da 1ª RONDA.	235
Quadro nº 13. Opinião/Comentário dos Peritos e Aplicação dos Critérios de Consenso, face à questão nº 9 do questionário da 1ª RONDA.	238
Quadro nº 14. Opinião/Comentário dos Peritos e Aplicação dos Critérios de Consenso, face à questão nº 10 do questionário da 1ª RONDA.	241
Quadro nº 15. Opinião/Comentário dos Peritos e Aplicação dos Critérios de Consenso, face à questão nº 11 do questionário da 1ª RONDA. ...	243
Quadro nº 16. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 12 do questionário da 1ª RONDA.	245
Quadro nº 17. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 13 do questionário da 1ª RONDA.	247

Quadro nº 18.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 14 do questionário da 1ª RONDA.	249
Quadro nº 19.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 15 do questionário da 1ª RONDA.	251
Quadro nº 20.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 16 do questionário da 1ª RONDA.	254
Quadro nº 21.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 17 do questionário da 1ª RONDA.	256
Quadro nº 22.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 18 do questionário da 1ª RONDA.	258
Quadro nº 23.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 19 do questionário da 1ª RONDA.	260
Quadro nº 24.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 20 do questionário da 1ª RONDA.	262
Quadro nº 25.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 21 do questionário da 1ª RONDA.	264
Quadro nº 26.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 22 do questionário da 1ª RONDA.	266
Quadro nº 27.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 23 do questionário da 1ª RONDA.	267
Quadro nº 28.	Sistematização das alterações efetuadas nas questões nº 22 e nº 23 do questionário da 1ª RONDA para a questão nº 21 a propor no questionário da 2ª RONDA.	269
Quadro nº 29.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 24 do questionário da 1ª RONDA do Painel.	270
Quadro nº 30.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 25 do questionário da 1ª RONDA.	272
Quadro nº 31.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 26 do questionário da 1ª RONDA.	275
Quadro nº 32.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 27 do questionário da 1ª RONDA.	278
Quadro nº 33.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 28 do questionário da 1ª RONDA.	280
Quadro nº 34.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 29 do questionário da 1ª RONDA.	282
Quadro nº 35.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 30 do	

	questionário da 1ª RONDA.	284
Quadro nº 36.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 31 do questionário da 1ª RONDA.	287
Quadro nº 37.	Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão das questões nº8, nº 9 e nº 10, referentes á área do PLANEAMENTO PARA A FAMÍLIA E PRÉ-CONCECIONAL, no questionário da 2ª RONDA. .	293
Quadro nº 38.	Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão das questões nº 11, nº 12 e nº 13, referentes à área da GRAVIDEZ, no questionário da 2ª RONDA.	295
Quadro nº 39.	Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão das questões nº 14, nº 15 e nº 16, referentes à área do PARTO, no questionário da 2ª RONDA.	297
Quadro nº 40.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 14 do questionário da 2ª RONDA.	298
Quadro nº 41.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 15 do questionário da 2ª RONDA.	300
Quadro nº 42.	Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão das questões nº 17, nº 18 e nº 19, referentes à área do PUERPÉRIO, no questionário da 2ª RONDA.	302
Quadro nº 43.	Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão das questões nº 20 e nº 21, referentes à área do CLIMATÉRIO, no questionário da 2ª RONDA.	303
Quadro nº 44.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 20 do questionário da 2ª RONDA.	304
Quadro nº 45.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 21 do questionário da 2ª RONDA.	305
Quadro nº 46.	Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão das questões nº 22, 23, 24, 25 e 26, referentes à área da GINECOLOGIA, no questionário da 2ª RONDA.	307
Quadro nº 47.	Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão das questões nº 27, 28, e 29, referentes à área da COMUNIDADE, no questionário da 2ª RONDA.	308
Quadro nº 48.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 28 do questionário da 2ª RONDA.	309
Quadro nº 49.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 28 do questionário da 2ª RONDA.	311

Quadro nº 50.	Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão da questão nº 30, referente às Temáticas Transversais no Curso de Formação Contínua, no questionário da 2ª RONDA.	312
Quadro nº 51.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 30 do questionário da 2ª RONDA.	313
Quadro nº 52.	Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão da questão nº 31, referente aos MOTIVOS para frequentar um Curso de Formação Contínua, no questionário da 2ª RONDA.	315
Quadro nº 53.	Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 31 do questionário da 2ª RONDA.	316
Quadro nº 55.	Cálculo do Índice de Apgar Neonatal (Adaptado de OMS, 1965).	343

Índice de Tabelas

	Página
Tabela nº 1. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: diagnóstico precoce e intervenção na mulher, no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.	381
Tabela nº 2. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: intervenção na minimização das causas de morbilidade e mortalidade materno-fetal.	382
Tabela nº 3. Sinalização dos Enfermeiros das temáticas transversais apresentadas. .	383
Tabela nº 4. Registo de opinião de concordância com os motivos apresentados e que levam, o Enfermeiro a participar num curso de formação contínua.	386

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A atual e inolvidável necessidade de se promover a prática e a mentalidade da formação contínua ao longo da vida coloca, inevitavelmente, novas exigências na/s entidade/s responsáveis pela promoção dessa formação, como por exemplo as instituições de Ensino Superior. Importa, no nosso contexto de estudo, proporcionar condições para a disponibilização de iniciativas de formação contínua para os Enfermeiros, que lhes sejam "oportunas". A utilização do termo, "oportunas", remete a perspectivas distintas, nomeadamente à oportunidade (adequação) dos conteúdos/temáticas a explorar na área da Saúde da Mulher. A oportunidade temporal da formação ou seja, a capacidade de proporcionar atividades de formação contínua que respondam em tempo útil às necessidades de formação dos Enfermeiros, assim como a referida formação decorra em local não muito distante do local de trabalho e/ou do domicílio, proporcionando um modelo de formação que nos ocorre denominar, recorrendo às expressões da língua inglesa, de formação *just in time/just in situ*.

As leituras realizadas durante os tempos de pesquisa levaram-nos a documentos científicos cujo seu título se relacionava com as palavras-chave da procura mas que aquando da sua leitura constatávamos que não correspondiam às expectativas e, cujo conteúdo nos impeliu a aprofundar conhecimentos em outros campos do conhecimento, que não tinham sido pensados. Concomitantemente, também fomos confrontados com investigações cujo título não continha descritores relacionados com a problemática em estudo e a sua leitura maravilhou-nos. Assim, fomos dominando a problemática, definindo o objeto de estudo e chegámos ao título "*Saúde da Mulher: Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros do distrito de Setúbal e proposta de um plano formativo*", em que sobressai a parte metodológica e empírica (necessidades de formação contínua dos Enfermeiros do distrito de Setúbal) e o objecto e problemática do estudo (Saúde da Mulher) e a sugestão de um plano formativo.

O presente relato está dividido em Cinco Partes, Bibliografia e Anexos. Uma PARTE 1 referente à contextualização teórica, considerada a adequada tendo em conta o objetivo do estudo, que se dividiu em cinco capítulos consoante as áreas temáticas, designadamente:

- (a) o capítulo um, que alude à formação/educação (numa sociedade em Mudança) tendo por base o desenvolvimento profissional, a formação contínua em enfermagem e aflorando desde a formação nas suas conceções e práticas, modelos de formação, formação e desenvolvimento profissional, formação contínua enquanto processo formal à formação centrada na escola, escola para Enfermeiros enquanto aprendentes adultos expectantes

- duma resposta formativa às suas necessidades e adequada às políticas de formação contínua com respostas ao direccionado pela EU e à realidade portuguesa;
- (b) o capítulo dois, que faz menção à identidade do profissional de enfermagem e à legislação regulamentar do desempenho do exercício de enfermagem ;
 - (c) o capítulo três que relaciona com as políticas educativas do ensino de enfermagem em Portugal com a perspectiva da sua evolução e o contexto atual em Portugal, assim como a formação de enfermagem no distrito de Setúbal;
 - (d) o capítulo quatro, que faz menção à mulher portuguesa numa perspetiva populacional e tendencial da sua saúde, incluindo breves aporte nos temas como a conjugalidade e a parentalidade, incluídas na dinâmica de uma sociedade que se quer saudável.
 - (e) o capítulo cinco, que expõe a saúde da mulher como área de intervenção em enfermagem, quer numa perspetiva curativa como promocional de saúde, como a educação para a saúde. E, fá-lo desde as tendências demográficas, sociais e de saúde da mulher, à mulher e a reprodução social da família, à mulher no seu ciclo vital, nomeadamente a sua saúde sexual e reprodutiva, o climatério/menopausa e as patologias ou situações problemáticas, mais frequentes na mulher, realizando concomitantemente referência a alguns problemas sociais como a mutilação genital feminina ou a violência doméstica.
 - (f) o capítulo seis, que aborda a saúde da mulher e da família como focos de atenção interventiva da enfermagem, principalmente por a mulher ter um papel fundamental na reprodução social.
 - (g) O capítulo sete, que referencia a saúde sexual e reprodutiva da mulher como área de ação do Enfermeiro. Enquadra teoricamente algumas problemáticas da mulher no seu ciclo vital, particularmente as que se consideraram pertinentes e, talvez, de menor domínio público, como a menstruação, a síndrome pré-menstrual, o aborto e a interrupção voluntária da gravidez, o climatério/menopausa, a importância da vacinação antitetânica na mulher, a parentalidade e o flagelo do fenómeno da mutilação genital feminina.

Uma PARTE II, referente à metodologia do estudo onde, no capítulo oito, se explana a problemática em análise e o objetivo geral do estudo, nomeadamente: *desenhar um curso de oferta formativa pós básica na área disciplinar da Mulher e Saúde Reprodutiva do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*, cujos objetivos específicos delineados são: *identificar as necessidades de formação contínua na área da Saúde da Mulher dos Enfermeiros do distrito de Setúbal*; e *desenhar estrutura de plano de curso de formação contínua na área da Saúde da Mulher*. A descrição da construção do questionário, enquanto instrumento de colheita de dados, segundo a técnica *WebDelhy*, assim como o procedimento da sua aplicação aos sujeitos do estudo, são o propósito major do estudo.

Uma PARTE III, à qual se refere o capítulo nove, que se destina à apresentação e discussão dos resultados obtidos, logo à identificação das necessidades de formação contínua dos Enfermeiros do distrito de Setúbal.

Uma PARTE IV, que compreende o capítulo dez, onde se explana as principais deduções dos resultados obtidos.

Segue-se a CONCLUSÃO que conduz à implicação de um esquema estrutural de um possível curso de Pós-Graduação em Enfermagem sobre as questões da Saúde da Mulher.

Uma BIBLIOGRAFIA, que consiste na apresentação, segundo a 6ª edição do *Publication Manual of the American Psychological Association* (APA), das referências bibliográficas dos documentos utilizados para a aquisição de conhecimentos, para as citações e/ou transcrições.

Em ANEXO apresenta-se o endereço electrónico que conduz à leitura do questionário elaborado, e divulgado, via *Web*, pelos circuitos informáticos internos das instituições empregadoras dos sujeitos do estudo.

Tratando-se de um estudo cujos sujeitos são Enfermeiros e embora a classe profissional seja essencialmente feminina, optou-se pelo emprego da palavra Enfermeiro no género masculino, subentendendo-se os dois géneros na profissão. A mesma regra, se impõe para designar, algures, outros grupos profissionais

PARTE 1.
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

FORMAÇÃO/EDUCAÇÃO

<i>Introdução</i>	44
1.1. <i>Formação e Educação numa Sociedade em Mudança.</i>	44
1.2. <i>Os Enfermeiros enquanto Aprendentes Adultos.</i>	49

“Cada ser humano trilha o seu próprio percurso de formação, fruto do que é e do que o contexto vivencial lhe permite que seja, fruto do que quer ser e do que pode ser”.

(Alarcão, 1997).

Introdução

Neste capítulo considerou-se a abordagem do conceito de formação e de educação na dinâmica social atual. Na construção do saber que pressupõe o desenvolvimento fundamentado das competências no adulto, numa perspetiva de formação avançada/contínua pós a formação de base.

Os conceitos apresentados refletem sobre o desenvolvimento profissional dos Enfermeiros numa ótica das necessidades de formação contínua identificadas para a melhoria dos cuidados prestados sob a trilogia do desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional como Nóvoa (1992) propôs, embora se referisse à formação contínua dos professores. Hargreaves, et al. (1992), no âmbito da compreensão do desenvolvimento dos mesmos profissionais, também faz referência à evolução profissional referindo-se às competências adquiridas na sua formação profissional contínua, à compreensão que o indivíduo tem de si próprio enquanto detentor de uma profissão e ao contexto envolvente, no qual desempenha as suas funções, novamente numa tríade em que são atores: a pessoa, o profissional e as condições sócioambientais.

A formação contínua acreditada pela escola, que difere da formação inicial pelas características do seu público-alvo, pelos seus objetivos e finalidades. Não existe sem a precedente formação inicial, que é a sua base de sustentação e com a qual deve articular e sobrepor numa permanente educação atualizada da pessoa, numa visão inovadora, de qualidade e de excelência.

1.1. Formação e Educação numa Sociedade em Mudança

Nas últimas décadas, as mutações políticas, económicas e sociais, combinadas com fenómenos da globalização e com a proliferação das fontes de saber e do saber-fazer, modificaram significativamente, a relação que as pessoas mantêm com o espaço e o tempo,

situação que deu origem a novas concepções de educação e formação. Saberes e competências adquiridas no âmbito da formação profissional inicial já não são suficientes para enfrentar as novas exigências da sociedade em mudança (Waldron, 2010; Giddens, 1996; Fullan, 1993; Hargreaves, 1998; Day, 2001). Esta verificação, exige o acréscimo de conhecimentos e o desenvolvimento de novas competências ao longo da vida, requerendo a necessidade de manter mecanismos de formação/educação profissional permanente.

Os cidadãos são impelidos, pela evolução das sociedades, a uma constante atualização dos seus saberes nos diversos domínios (não só no profissional, mas concomitantemente com a tomada de consciência da realidade envolvente). O Relatório da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) sobre a Educação para o Século XXI faz referência a esta realidade ao considerar que “hoje em dia, ninguém pode pensar em adquirir, na juventude, uma bagagem inicial de conhecimentos que lhe baste para toda a vida, porque a evolução rápida do mundo exige uma atualização contínua dos saberes apesar da educação inicial dos jovens tender a prolongar-se” (Delors, J. et al. 1996: 103). O documento salienta o facto de a educação, também, estar em constante renovação, como que em concordância e concomitância com a política, a economia e a sociedade do momento, pois “à educação cabe fornecer, de algum modo, os mapas de um mundo complexo e constantemente agitado e, ao mesmo tempo, a bússola que permita navegar através dele” (Idem: 89). Como uma educação permanente que seja dirigida às necessidades contemporâneas, ditas modernas, não pode definir-se (exclui-se a literacia histórica) a um período particular, por isso “doravante temos de aprender ao longo de toda a vida e uns saberes penetram e enriquecem outros” (Idem: 104). A este *continuum* educativo, (co)estendível à vida e alargado às dimensões da sociedade os autores do Relatório da UNESCO designaram de “*educação ao longo de toda a vida*” (Idem: 99).

No âmbito da vida educativa os docentes (assim como os educadores em geral), enquanto pessoas inovadoras e atualizadas e com práticas baseadas na evidência científica detêm vantagem para a materialização de uma sociedade de aprendizagem, debatendo que a promoção dos valores da aprendizagem contínua e a sua habilidade de coadjuvar/tutorar, com sucesso, os estudantes “*a aprender a aprender*” (Reder *et al.*, 2011; Zabala, 2010; Gowin *et al.*, 1996; Novak, 2000), sem descuidar que não se pode separar o conhecimento fático da atitude para o adquirir, pois não se pode transmitir atitudes (de aprender a aprender) envolto no abstracto, sem objetivos que o exijam e sobre os quais elas atuam, assim como pensar como obter o feedback da aquisição activa dos conhecimentos e da sua transferência ou aplicabilidade em outros contextos (Reder, *et al.*, 2011; Novak, 2000).

Patrício (1989: 232) refere-se ao professor como sendo “*um elemento-chave no funcionamento das escolas e no êxito ou ‘inêxito’ de todas as políticas que adoptarmos. Com efeito, a aposta na educação como condição de felicidade e prosperidade sociais e pessoais não pode deixar de ser a aposta no professor como principal instrumento de realização da educação escolar. Nesta lógica, é preciso: a) dignificá-lo social e profissionalmente; b) remunerá-lo em conformidade com esse estatuto social e profissional; c) promover a sua adequada e contínua formação*”. Na mesma linha de pensamento, o Relatório da UNESCO (1996: 153) cita Thompson (1995: 72), autor que evidencia a relevância do papel do professor enquanto agente de mudança mencionando que “*para melhorar a qualidade da educação é preciso, antes de mais nada, melhorar o recrutamento, a formação, o estatuto social e as condições de trabalho dos professores, pois estes só poderão responder ao que deles se espera se possuírem os conhecimentos e as competências, as qualidades pessoais, as possibilidades profissionais e a motivação requeridas*”. Pelo que se destaca o exigente perfil de docente que nos dias de hoje se requer, como é mencionado por Jacques Delors (1996: 155), nomeadamente “*a competência, o profissionalismo e a capacidade de entrega que exigimos aos professores fazem recair sobre eles uma pesada responsabilidade*”.

Fay Chun (1996:80) também faz reparo ao atual difícil trabalho dos professores referindo que “*embora alguns possam pensar o contrário, é muito provável que as características e o papel dos professores se venham a alargar e a aprofundar no Século XXI, na medida em que o professor será mediador entre dois mundos, o mundo do passado, do presente e do conhecido, e o mundo do futuro e do desconhecido*”, visão que Day (2001: 312) corrobora, referindo que “*no Século XXI, a participação no próprio desenvolvimento ao longo de toda a carreira é um requisito básico para quem quiser ser reconhecido e para quem quiser agir como um profissional*”, que complementa dando uma conspeção holística da formação dos profissionais professores e outros, argumentando a existência de oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento profissional “*com os recursos adequados, que reconheçam que, para os professores, assim como para os alunos e outros adultos do Século XXI [incluindo a formação académica e profissional contínua dos Enfermeiros], a aprendizagem é uma questão permanente*” (Day, 2001: 318).

No início dos anos sessenta assistiu-se ao emergir da Educação Permanente, que surge em altura de ruptura do sistema escola e este tipo de educação foi criado para dar resposta às expectativas educacionais e culturais de cada pessoa, ao longo da sua vida e à medida das suas capacidades, levando a que a lógica da acumulação e segmentação dos saberes fosse colocada em causa. Foram idealizações que levaram a UNESCO publicar através de Faure (1972) um relatório sistematizado cujo título foi “*Aprender a Ser*”, documento que marcou a mudança do conceito de

educação permanente (Nóvoa, 1988), que apesar de todas as limitações pronunciadas, o conceito de educação permanente continua a assentar nos seguintes pressupostos: a) o homem é um ser inacabado; b) uma sociedade de mudança exige uma educação permanente; c) já não se trata de adquirir, de maneira exacta, conhecimentos definitivos, mas de se preparar para elaborar, ao longo da vida, um saber em constante evolução e de *‘aprender a ser’* (Faure, 1981:10).

A movimentação da educação permanente acabou por provocar momentos de crítica à forma escolar que marcou o Século XX. Desta forma alguns pensadores educativos tiveram posturas como a de a considerarem como uma extensão do(s) processo(s) escolar(es) à vida profissional, como Illich (1971) que foi considerado o *“apóstolo da desescolarização”* por ter proposto acabar com a instituição escolar e como Freire (1975) que a intitulou de *“educação bancária”*. Para Canário (2003: 204), este tipo de apreciação crítica conduziu à sua *“referência conceptual, a mais rica herança da educação permanente”* que é rebuscada pelos demais investigadores e teóricos das *“histórias de vida”*, cuja focagem é colocada no aprender, no processo como as pessoas se formam e não no ensinar e, simultaneamente num prisma temporalmente dinâmico, diacrónico. *“Esta maneira de ver conduz a deixar de encarar a formação como um somatório de momentos formais não articulados - designados por acções de formação”* (Idem: 36).

Nos anos 90 houve a passagem do entendimento da *“Educação Permanente”* para o da *“Aprendizagem ao Longo da Vida”* visando dar resposta aos reptos da globalização, que Canário (2003: 195) considera representarem *“uma ruptura e não uma continuidade, em que a mudança fundamental, reside na passagem do modelo da ‘qualificação’ para o modelo da ‘competência’ na formação”*. Pois a palavra qualificação faz pensar em obtenção de título académico (diplomas, graus, certificados, ...) que garantem a aquisição dos saberes dispostos no plano de estudos do Curso em questão, e esses são os saberes requeridos pelos empregadores para o desempenho de um trabalho profissionalmente específico, isto é, nesta maneira de pensar *“as qualificações adquirem-se por um processo cumulativo enquanto as competências [o desenvolvimento das competências] só podem ser produzidas em contexto, a partir da experiência”* (Idem: 37-38). Constata-se então que a qualificação não é sinónimo, nem garante a competência para a ação, pois a competência é produzida em contexto da prática. A formação da pessoa deve ser uma formação baseada na qualificação através da aquisição de saberes e no desenvolvimento das competências que se fundamentam na teorização dos conteúdos programáticos e permitem ao qualificado e com um determinado nível de competência adquirido (como recém-formado) enfrentar a imprevisibilidade e a intervenção em contextos reais de trabalho, cujo sujeito está instruído para a sua formação profissional contínua, pois é detentor do saber que ele é o actor da sua formação ao longo da sua vida.

A formação é um processo incontrolável, dado que acontece mais vezes quando não se espera do que quando é programada. O que deve ser o objetivo de cada pessoa, enquanto profissional motivado em aprender, é que tenha meios para poder usufruir da formação, que existam ofertas formativas que lhe sejam adequadas, nomeadamente lhe permitam compreender melhor o seu conteúdo funcional, sistematizando a informação, que o faça reflectir criticamente sobre a ação e adquira conhecimentos que o levem a teorizar e aperfeiçoar as suas competências profissionais, espelhando sobre os seus percursos pessoais e sociais. “*Formar-se não é algo que se possa fazer num lugar à parte, bem pelo contrário, é um processo que se confunde com a própria vida dos adultos*” (Nóvoa, no prefácio de Canário, 2000: 5).

Uma formação deve definir-se e especificar-se tendo em conta o seu público, os seus processos, os seus desígnios e as suas referências, pelo que a formação impõe-se como um motor do desenvolvimento e um meio de promoção individual e social (Marc e Garcia-Loequeneux, 1997).

1.2. Os Enfermeiros enquanto Aprendentes Adultos

A evolução da formação contínua de adultos foi condicionada pelas próprias transformações ocorridas no domínio das teorias das organizações e pelo efeito que tiveram nos modos de organização do trabalho e nos processos de gestão (Barroso, 2003). A importância estratégica da formação profissional contínua e, portanto, o reequacionamento da sua relação com a formação inicial, só poderá ser plenamente compreendida se conseguirmos avançar no esclarecimento do fenómeno, tão comum e tão conhecido dos formadores e dos formandos, que consiste na dificuldade de operar o *transfer* de aprendizagens realizadas na situação de formação, para as situações reais de trabalho. Esta dificuldade exprime a relativa “ineficácia” das formações iniciais que tem sido assinalada em diferentes investigações empíricas (Costa, 1994; Carraça, 1994; Palmeiro, 1995, citados por Canário, 2000).

O desajustamento entre o que foi ensinado e treinado na formação inicial e as práticas profissionais observáveis, em situação real, só é lido como ineficaz porque a matriz conceptual de referência encara a prática profissional como um momento de aplicação, caracterizado pela previsibilidade. Nesta perspectiva, uma formação inicial pouco eficaz é susceptível de ser corrigida com um acréscimo de racionalidade técnica e de cientificidade. Isto é, o que está em causa é, justamente, a descontinuidade entre uma e outra situação (situação de formação e situação de trabalho) o que faz apelo à distinção clara entre a noção de qualificação e a noção de competência.

A formação dos Enfermeiros constituiu desde o início uma preocupação ao nível dos hospitais que, rapidamente, aderiram ao Movimento de Educação Permanente, procurando, por um lado, colmatar as insuficiências de escolarização dos seus profissionais (muitos dos Enfermeiros tinham então a 4ª classe ou o ciclo preparatório), através da formação recorrente e, por outro, responder às crescentes necessidades de formação que a tecnologização da medicina exigia, tendo-se organizado então os departamentos de Educação Permanente em Enfermagem que, atualmente estão integrados nos centros de Formação Multiprofissional (Luísa d’Espiney, *in* Canário, 2003: 172). Só em 1990, se deu início ao processo de integração, do ensino em Enfermagem, no Ensino Superior Politécnico, situação que ainda não está totalmente regularizada.

A prestação de cuidados de saúde, por razões de natureza social, demográfica e política, constitui, nas sociedades modernas, um campo de práticas sociais, profissionais e formativas em plena expansão e diversificação. A ênfase colocada na Promoção da Saúde, alargando o conteúdo do seu conceito e articulando-o com os contextos sociais e ambientais, em vez de um discurso voltado para a cura das doenças, corresponde a uma diferente e nova visão paradigmática que tem conduzido, ao questionamento e à reformulação da missão atribuída quer às instituições, quer aos atores que protagonizam as políticas de saúde. A formação emerge, então, à semelhança do que se passa noutros domínios profissionais, como um instrumento essencial, quer para fazer face a mutações que decorrem da própria inércia social, quer para produzir e gerir mudanças deliberadas. A importância atribuída à formação, no campo da saúde, tem vindo a traduzir-se, nomeadamente em Portugal, na materialização de três grandes tendências: a primeira corresponde ao desenvolvimento e expansão quantitativa da oferta de formação contínua, dirigida a profissionais da saúde (particularmente Enfermeiros) na sequência do movimento de Educação Permanente que remonta ao início dos anos setenta e se traduz na criação de DEP (Departamentos de Educação Permanente) nas principais unidades de saúde. Traduz-se ainda por uma ação crescentemente interventora das estruturas centrais do Ministério da Saúde na promoção de programas de formação alargados. Uma segunda tendência corresponde a um processo de enriquecimento, diversificação e complexificação de uma paisagem profissional tradicionalmente polarizada no médico e na enfermeira, mas tendo como referência tutelar ideal tipo da profissão médica, marcada pela tecnicidade e pela cientificidade, consubstanciando-se no que é geralmente designado por *modelo biomédico*. Uma terceira tendência tem a ver com a articulação entre a formação (nomeadamente a formação inicial) e os processos em curso de construção, reconstrução ou afirmação identitária dos grupos profissionais não médicos, o que se tem vindo a consubstanciar na emergência de um importante subsistema do ensino superior politécnico, com funções importantes nos domínios da formação inicial e contínua, da investigação e da intervenção nas comunidades locais (Canário, 2003).

A especificidade da formação de adultos justifica a importância deste tema assim como a sua análise e interpretação, de forma a não existir erros de leitura, assim afirma Costa (1998) entre o que é formação contínua – na prática e experiência. Esta autora defende que, a experiência é um termo que, tanto no plano conceptual como no plano mais operativo, se apresenta com imprecisões. Considerando a sua etimologia latina, experimentar significa fazer a tentativa, tentar. Designa o conhecimento *experimentado*, independente do conhecimento teórico sobre o mesmo. Costa (1998: 26) cita Argyris e Schöm, que sugerem que a prática diária, quando conotada com a rotina, ajuda aos profissionais a permanecerem cegos sobre as suas incapacidades; acrescentam também que a (re)educação deve tentar identificar as teorias da prática. Esta visão conduz à ideia de que a prática não é uma ciência, ocasionando o distanciamento da teoria científica da observação corrente e da ação quotidiana.

A importância que nas duas últimas décadas se tem atribuído à problemática das relações entre o mundo da formação e o mundo do trabalho é tal que é, em torno dela, que se tende a polarizar os eixos de referência das políticas educativas e a produzir-se renovação epistemológica teórica e metodológica quer das Ciências do Trabalho quer das chamadas Ciências da Formação. Temos assistido a um investimento crescente no estudo dos processos de formação e socialização dos profissionais de saúde localizados em Unidades Hospitalares onde os Enfermeiros são os mais relevantes pela importância que assumem na assistência à pessoa/cliente (Abreu, 1996). A análise sociológica da profissão permite concluir que a Enfermagem é um dos sectores socioprofissionais cuja trajectória identitária mais se tem transformado, num processo contingente e estratégico onde se destacam a tentativa de demarcação do poder médico, a construção de modelos de racionalidade facilitadores da conquista de autonomia profissional e a valorização crescente das diferentes dinâmicas de formação que se articulam ao longo dos percursos de vida dos Enfermeiros. Neste processo de (re)configuração identitária, a formação ocupa um estatuto de relevo, na medida em que facilita a visibilidade dos saberes específicos da profissão e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a demarcação social e científica da profissão.

Segundo o art. 4º do Capítulo II do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros “*Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária*” (REPE, 1996). Após a sua formação inicial, ao nível de licenciatura, o Enfermeiro pode acrescer saberes e desenvolver competências no âmbito académico da formação avançada em Enfermagem,

designadamente a nível do mestrado (que pode incorporar uma especialidade em enfermagem), doutoramento e pós-doutoramento.

No que diz respeito ao ponto de vista organizacional, Hesbeen (2000) refere que o processo de formação contínua traduz-se por acções internas ao estabelecimento e por acções externas. As acções internas podem beneficiar das intervenções dos formadores afetos ao serviço, bem como de formadores-consultores, inclui seminários de discussão entre profissionais ou entre serviços, colóquios de enfermagem e/ou a documentação/biblioteca. As acções externas são caracterizadas pelos congressos, comunicações, jornadas, entre outras.

A formação dos Enfermeiros, enquanto uma área particular de formação de adultos, não permanece imune às transformações contemporâneas que o mundo vivencia. Neste contexto, a educação permanente vem-se mostrando como um conceito relevante no estudo ad formação contínua dos Enfermeiros, pois possibilita valorar o potencial de desenvolvimento quer pessoal como profissional de todos os processos formativos, quer sejam formais como informais, iniciais ou contínuos em que os Enfermeiros empreendem no decurso das suas vidas. Canário (1991: 82) salienta que *“o conceito de educação permanente tende a esbater fronteiras rígidas entre formação inicial e continua. São, ambas, etapas de um processo que atravessa toda a vida profissional”*. Nesta perspetiva de aprendizagem ao longo da vida considera-se que as pessoas instruem-se através da sua vivência quotidiana em todos os lugares e circunstâncias e que a formação inicial e contínua se integram e articulam-se num processo de complementariedade, pois *“é razoável pensar que as situações de formação vividas ao longo de trinta anos de carreira serão bem mais importantes que quatro ou cinco anos de formação prévia ao exercício da profissão”* o que explica, para o autor, o conferir à formação contínua uma índole estrategicamente prioritária. Muitas vezes, como reconhece Corcoran (1995, citado por Pacheco e Flores, 1999: 129), o conceito de desenvolvimento profissional e o de formação contínua são usados como sendo sinónimos embora existam aspectos subtis que os diferenciam, designadamente no que se refere aos conteúdos programáticos, à estratégia de ensino e aprendizagem, à qualidade do ministrado, ao local e ao responsável da iniciativa. Pois enquanto a formação contínua remete para um ensino formal de aprendizagem profissional promovido pelas instituições de ensino competentes e acreditadas para o efeito, o desenvolvimento profissional numa linha de educação permanente é normalmente leccionado em contexto de trabalho e reverte para um conceito mais abrangente e inclusivo da transmissão de conhecimentos e desenvolvimento de competências numa determinada e específica área ou tema, promovendo a aprendizagem e o crescimento intelectual do profissional atualizando-o para um melhor desempenho.

A formação contínua nas instituições de saúde tem sido, apesar de tudo, o motor de diversas transformações internas, quer ao nível das práticas profissionais, quer ao nível das sociabilidades colectivas. Quando, no início da década de oitenta, se incentivou a então denominada *Formação em Serviço*, refere Abreu (1996), não se fez senão valorizar as acções formais e pontuais, realizadas no local de trabalho, em tempos considerados menos produtivos. A *formação em serviço*, terminologia com que era referenciada na cultura hospitalar, simbolizava desta forma uma postura tradicional e *endoutrinadora* de transmitir informação. A orientação social da profissão exige que a mobilização de saberes, atitudes e habilidades seja concretizada simultaneamente em sala de aula e na área clínica, quer ao nível hospitalar, quer na comunidade. A importância da prática clínica não reside na necessidade de aplicar conhecimentos teóricos adquiridos: a prática clínica, o trabalho com o doente, permite desenvolver competências que são acessíveis somente por esta via.

Heesbeen (2000: 119) refere-se à formação como “*a segunda grande missão do hospital*”

Abreu realizou um estudo em 1996, no qual uma das questões iniciais era: *até que ponto se estaria perante um dispositivo de formação em exercício, articulado com o trabalho e localizado nos mesmos espaços e nos mesmos tempos deste*. Este estudo estava inserido no contexto da formação contínua dos profissionais de saúde no seio das organizações, devido à imposição de modelos de gestão. O autor afirma que a formação contínua dos profissionais de enfermagem tem um significado especial para a profissão, uma vez que permite dar visibilidade social a processos que se incluem na estrutura identitária mas que se encontram invisíveis (embora existam), sendo por tal motivo omitidos pela investigação, formação e prática profissional. Uma das conclusões deste estudo foi que se verifica que o grupo de Enfermeiros em estudo, valoriza as práticas de formação que existem realmente no contexto de trabalho, mas que não são oficialmente reconhecidas como tal (momentos informais e não formais): trata-se de acções consideradas periféricas pela cultura organizacional. No entanto, valorizam também os momentos formais, aos quais se atribui um papel de relevo no desenvolvimento das práticas.

A articulação estreita das práticas formativas com os contextos de trabalho tem o seu fundamento no reconhecimento do valor formativo do ambiente de trabalho. O desajustamento entre o que foi ensinado e treinado na formação inicial e as práticas profissionais observáveis, em situação real, só é lido como ineficaz porque a matriz conceptual de referência encara a prática profissional como um momento de aplicação, caracterizado pela previsibilidade. Nesta perspectiva, uma formação inicial pouco eficaz é susceptível de ser corrigida com um acréscimo de racionalidade técnica e de cientificidade. O que se considera poder estar em causa é, justamente, a descontinuidade entre uma e outra situação (situação de formação e situação de trabalho) o que faz apelo à distinção clara entre a noção de qualificação e a noção de competência, refere Canário

(2000), e mais afirma referenciando que os saberes anteriormente adquiridos constituem um *stock* de recursos que podem ser mobilizados segundo modalidades e configurações muito diversas. É isto que explica o facto de a sabedoria, prévia ao exercício profissional (ou seja a qualificação), não ser um garante da aquisição da competência, de se ser competente.

Embora o termo competência ser relativamente recente no campo da formação de adultos e a sua grande força reside na sua capacidade em expressar uma outra maneira de ver os problemas da formação e da gestão de recursos humanos, pois como Bártolo (2007: 32) refere, quando defende a perspectiva de Belliero pensamento vai para o sujeito que é “*o adulto que aprende*”.

Atualmente a formação de Enfermeiros situa-se na encruzilhada do desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional seguindo a evolução social da profissão pois “*após a formação inicial (anos 70) e a profissionalização (anos 80), chegou a vez de a formação contínua (anos 90) ocupar a ribalta do debate educativo em Portugal*” (Nóvoa, 1991: 19) e é neste sentido que emergem discursos sobre a formação contínua dos Enfermeiros centrada na investigação baseada na evidência científica e na reflexão dos resultados obtidos. O padrão emergente é o construtivista, em detrimento dos modelos estruturantes tradicionais, comportamentalistas, universitários e escolares que partem de uma lógica que se baseia no protótipo de modelo construtivista investigativo e na forma interativa-reflexiva que se justificando na necessidade de formação contínua como contributo para a mudança das competências adquiridas e desenvolvidas dos Enfermeiros que se pretendem mais qualificados e com mais aportes para um desempenho cuidativo de excelência. Neste modelo visa-se uma reflexão contextualizada para a montagem dos dispositivos de formação contínua, no quadro de uma regulação permanente das práticas e dos processos de trabalho. É neste contexto que “*o triplo movimento sugerido por Schön (1990) conhecimento na ação, reflexão na ação e reflexão sobre a ação e sobre a reflexão na ação – ganha uma pertinência acrescida no quadro do desenvolvimento pessoal e profissional dos professores*” (Nóvoa, 1991: 24) e como Amiguinho (1992: 46) menciona, embora se refira aos professores e à sua carreira consideramos também a situação similar para os Enfermeiros “*a aposta no desenvolvimento pessoal justifica-se pelo facto de não ser possível esperar grandes mudanças no campo profissional se, concomitantemente, não forem observadas transformações pessoais capazes de integrar e suportar aquelas*”, dado que no que respeita à perspectiva de investir na profissão e nos seus saberes, a formação contínua pode constituir-se num espaço de promoção e preparação de Enfermeiros reflexivos, que assumam a responsabilidade do seu próprio desenvolvimento profissional e que participem como protagonistas na implementação de novas políticas.

No contexto europeu, a modificação de paradigma no ensino superior a que se presencia, determina alterações ao nível do ensino de enfermagem, detalhadamente, nos papéis socioprofissionais dos docentes ao nível da educação e da pesquisa, produção e disseminação do conhecimento. Situação similar acontece, concomitantemente, nas práticas pedagógicas e recentes modos de lidar com a complexidade da docência através do desenvolvimento de habilidades para defrontar os reptos da reestruturação do ensino de enfermagem em Portugal (Mestrinho, 2009).

No campo da formação profissional contínua, a tradicional dicotomia entre o lugar de aprender e o lugar de fazer, características da forma escolar, tende a ser contrariada por uma forte finalização das situações formativas, em relação às situações de trabalho. As formações clássicas, escolarizadas, dirigidas à capacitação individual para o posto de trabalho, são reconhecidamente ineficazes quando está em jogo a necessidade de produzir mudanças organizacionais (Canário, 2000). Corrobara-se esta visão, na formação contínua em enfermagem, quando se analisa o equilíbrio entre a creditação dada à parte teórica e a creditação dada à parte, sua aplicabilidade na prática em contexto real de trabalho, como é o caso dos cursos de pós-graduação que pressupõem, no seu plano de estudos, estágios suportados por metodologias de intervenção (é disso exemplo a investigação-ação).

Kelchtermans (1995) abordou a temática do desenvolvimento profissional, e embora os sujeitos do seu estudo tenham sido professores, considera-se passível que possam ser extrapolado para os Enfermeiros ou outros profissionais, pesquisou sobre a mudança do seu comportamento profissional como um processo de aprendizagem ao longo da vida, procurando descrever as mudanças qualitativas identificadas, centrando-se numa perspectiva biográfica baseada em cinco características gerais, designadamente: a *narrativa*, a *construtivística*, a *contextualística*, a *interaccionista* e a *dinâmica*. A *característica narrativa*, revela-se em os Enfermeiros apresentarem as suas experiências vividas de forma subjetiva e expositiva, organizadas de forma autobiográfica centrando-se essencialmente no significado para si dos acontecimentos e factos. A *caraterística construtivística* no sentido de se referirem ao modo como o Enfermeiro constrói ativamente um relato das suas experiências significativas para si, englobando como significados edificados, de construto desenvolvimentista de si próprio. *Caraterística contextualística* porque os relatos são efectuados num discurso narrativo onde as situações vivenciadas são sempre apresentadas numa conjuntura holística que inclui o contexto físico e institucional onde aconteceu assim como o ambiente social e cultural. A *característica interaccionista* é interpretada pelo sentido do comportamento do 'Enfermeiro' ser consequência da sua interação significativa constante com o contexto social, cultural, material e institucional. A *característica dinâmica* revela-se considerando que o pensamento e a ação real dos 'Enfermeiros' são um fragmento de

um processo contínuo de atribuir significado à realidade percebida e experienciada (Kelchtermans, 1995: 6-7).

Cada Enfermeiro identifica quais são as suas necessidades formativas (profissionais), porque reconhece que a formação tem um papel primordial e básico quer na aquisição de conhecimentos quer no desenvolvimento de competências, promovendo a sua autonomia, o seu pensamento crítico, tornando-o mais responsável e potenciando a qualidade e excelência das suas intervenções cuidativas. Na posse desse saber associado à constante atualização dos resultados da investigação, da evidência científica, o Enfermeiro dá juz à sua profissão em constante evolução.

O ENFERMEIRO

<i>Introdução</i>	59
2.1. <i>Identidade do Enfermeiro.</i>	59
2.2. <i>Legislação Regulamentar do Desempenho do Exercício Profissional</i>	62

“Profissional habilitado com um curso de Enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”.

(REPE, 1998).

Introdução

Capítulo que faz uma resenha à referência identitária do profissional de enfermagem, visando a transmissão da evolução da profissão e do profissional em sociedade, dado que a socialização é a incorporação duradoura de formas de sentir, de pensar e de agir, do grupo de origem (Dubar, 1997).

Empiricamente refletindo, podemos dizer que a representação social do Enfermeiro está muito confinada ao papel de mero ator interdependente, executante das prescrições médicas. Esta observação leva-nos a pensar que o Enfermeiro visa a sua imagem social através da valorização dos cuidados de enfermagem que presta e que são delegados por outro profissional descurando, desrespeitando os que lhe são próprios, enquanto detentor de uma profissão. A indefinição das suas competências e do realce do seu papel social não foram preocupação do Enfermeiro, situação que não beneficiou a evolução e afirmação social desta profissão. Atualmente, tutelado por uma ordem profissional que integrou o regulamento para o exercício da prática, o Enfermeiro é um profissional de saúde mais qualificado e letrado em conhecimentos científicos e competências desenvolvidas que se revelam na qualidade dos cuidados prestados às populações. A qualidade e mestrança da sua formação contribuem para a otimização da qualidade de saúde do país.

2.1. Identidade do Enfermeiro

Ao longo de várias décadas a avaliação que a sociedade faz da enfermagem/Enfermeiro enquanto profissão/profissional tem sofrido instabilidade. Analisar a identidade profissional da enfermagem e consequentemente do Enfermeiro é estar a investigar a história social, entendendo a influência da sociedade ao longo dos tempos sem descurar os conflitos e mudanças ocorridos intraprofissão e interprofissionais do campo da saúde.

A necessidade da enfermagem, enquanto grupo socioprofissional acaba por estar intimamente ligada ao século XIX, à evolução industrial e às transformações técnicas e sociais que levaram à grande expansão do sistema hospitalar.¹ Altura em que se inicia a reorganização dos procedimentos de enfermagem visando uma melhorada prestação de cuidados, quer através da evolução tecnicista associada aos cuidados de saúde, consequentes da modernidade da medicina e da burocratização organizacional de todo o sistema de saúde.

Desde que existe (surge) a vida que subsistem cuidados, porque sempre foi necessário preservar a vida para que ela possa persistir. “*Os homens como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um acto de vida...*” (Collière, 1999: 27). Durante milhares de anos, os cuidados não pertenciam a um a profissão ou ofício, eles diziam respeito a qualquer pessoa que ajudava outra, que lhe garantia o que fosse necessário para continuar a sua existência.

À enfermagem foram, conseqüentemente, requeridas mais competências e responsabilidades para as quais não se encontrava preparada, dado que os cuidados de enfermagem eram prestados por ‘religiosas’ ou mulheres indiferenciadas. É neste contexto que surge Florence Nightingale (1820-1910), considerada fundadora da enfermagem moderna, que reelabora a natureza dos cuidados de enfermagem dissociados do trabalho doméstico e num

¹ Vários autores têm-se debruçado sobre o conceito de identidade (Lipiansky et al., 1990; Vasquez, 1990; Abreu, 2001; Kaufmann, 2005; Halpern, 2009; Martintot, 2009 e Vieira, 2009), embora com diferentes opiniões. Contudo, é a Dubar que se deve a primeira definição de identidade, baseando-se no conceito de habitus de Pierre Bourdieu (a identidade profissional não é apenas um produto, fruto da condição social da origem, mas conjuntamente um produto da trajetória social do indivíduo) referindo-se a ela como o resultado “simultaneamente estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que em conjunto constroem os indivíduos e definem as instituições (1997a: 105). É Pierre Tap (2009: 55), com entendimento similar ao de Dubar, que refere ser um sistema dinâmico e complexo de “*representações e de sentimentos que uma pessoa desenvolve a propósito dela própria*” e que cataloga seis características que estão intrinsecamente implicadas na construção e manutenção de uma identidade, designadamente: 1. A *continuidade* (sentimento de si igual ao longo dos tempos); 2. A *representação* (estruturação do “si” do seu estilo pessoal); 3. A *unicidade* (o ser diferente dos seus outros semelhantes, pela originalidade e pela incomparabilidade); 4. A *diversidade* (como o resultado das experiências vicariantes com diferentes personalidades que motivam efeitos na concentração ou dispersão de si); 5. A *mudança* (tornar-se ‘*si próprio*’ através da ação do fazer, do ir fazendo, do fazer-se, envolvendo mudança, sem perigrar a própria continuidade de si); 6. A *estima de si* (construção aceite e positiva da imagem de si, para si e para com os outros que se vai efetivando através de si e dos outros). Permanecem as críticas sobre o conceito de identidade, havendo autores que a distinguem entre ‘*identidade pessoal*’ e ‘*identidade social*’ (Goffman, 1982), Singly (2001) que opõe o ‘*si íntimo*’ do ‘*si estatutário*’, analiticamente constata-se a existência de indissociação entre duas dimensões, a identidade pessoal que resulta da construção subjetiva da identidade social do seu si, percebida pela pessoa.

construto de uma identidade como grupo socioprofissional, onde o entendimento das concepções que acompanham o desenvolvimento das práticas dos Enfermeiros, implica a identificação das concepções subjacentes à construção da identidade profissional quer no que diz respeito aos valores, quer na obtenção de conhecimentos teóricos e práticos (Pimentel, 2000; Nightingale, 2005).

A construção da identidade profissional não se separa da educação como sendo a área chave entre o ato de cuidar e a formação pedagógica (Martin, 1991). A formação foi o instrumento essencial nas importantes mudanças ocorridas no campo da saúde, da enfermagem em particular porque através dos estudos desenvolvidos procurou-se compreender a influência do percurso escolar na conceção da identidade da enfermagem². A formação (inicial ou contínua) dos Enfermeiros estrutura e induz mudanças numa profissão que é dinâmica de construção e na assimilação de novas situações, de adequação a novos desafios sempre com a riqueza da tradição mas também adequadamente preparada para as solicitações de um mundo em constante mudança (Canário, 1997; 2003).

O ensino de enfermagem vem a sofrer alterações significativas quer pela reformulação dos planos curriculares, num equilíbrio teórico e prático, na complementariedade interdisciplinar da área das ciências sociais, biomédicas e à crescente ênfase atribuída à preparação profissional na promoção da saúde assim como á própria filosofia do ser Enfermeiros. No âmbito deste crescimento subjaz a melhor preparação académica dos estudantes para ingresso no ensino superior politécnico assim como aos docentes se requer melhor preparação científica em enfermagem, na área, didaticopedagógica e na organização organizacional e educativa.

Citando Bourdieu, Dubar (1997: 749) aborda o ‘campo escolar’ como peculiarmente estratégico no âmbito dos instrumentos de reprodução social para a incorporação do ‘habitus’ especificando o termo como sendo “*produto de uma história, ou seja, como produto de uma sequência necessariamente heterogénea de condições objetivas, sequência que define a trajetória dos indivíduos, como movimento único, através dos campos sociais, tais como a família de origem, o sistema escolar e o universo profissional*”.

A promoção da atividade cognitiva é fundamental, a capacidade de decisão e resolução de problemas com flexibilidade e criatividade complementar associada à convicção do Enfermeiro

² Alguns médicos portugueses, que estavam vigilantes aos dilemas da enfermagem, instituíram intercâmbio com escolas estrangeiras, sobretudo as francesas, visando encontrar a organização e estrutura adequada às futuras escolas de enfermagem portuguesas (Carvalho, 1996: 41 citado por Figueiredo, 1998: 97).

em aprender ao longo da sua carreira, atualizando-se e reconhecendo-se como profissional autônomo e de reconhecido mérito no meio social e entre os seus pares na área da saúde.

A construção de uma identidade profissional adquire particular relevância no trabalho e na formação, cunhando legitimidade, no reconhecimento social e subsequentemente na atribuição do estatuto social. Este é o princípio que cada profissão segue para formar uma comunidade reunida pelos mesmos valores, conhecimento científico e pela mesma ética, características fundamentais numa profissão.

No grupo dos profissionais de enfermagem denota-se falta de interiorização na identidade profissional, revelando-se uma crise de identificação ou identitária, pois numa tentativa de melhorar o prestígio profissional, os Enfermeiros optaram, frequentemente, por ‘plagiar’ o modelo médico no exercício da sua profissão. Para Lopes (1998), a crise da identidade profissional do Enfermeiro encontra-se associada à dificuldade sentida pela profissão em afirmar o seu saber, que lhe é próprio e o ‘espaço do seu exercício’ profissional, conjuntamente à ausência de interiorização dos modelos de referência. Desta forma emerge a necessidade dos Enfermeiros de continuarem a desenvolver a sua identidade profissional através da identificação dos princípios básicos da profissão, tais como os valores éticos, morais e deontológicos, da interiorização dos modelos de referência profissional, da valorização dos cuidados de enfermagem, da procura da excelência na formação de base, contínua e avançada dos seus profissionais, pois o valor da profissão de enfermagem baseia-se na valorização da profissão e do seu contributo específico, sendo uma profissão insubstituível, na manutenção da saúde das populações (Hesbeen, 2000). Este autor apresenta, a propósito da construção duma identidade profissional, quatro razões que colocam a identidade profissional em causa, nomeadamente: a) profissão maioritariamente praticada por mulheres e estas serem, na globalidade das sociedades distanciadas para papéis sociais subordinados; b) A obstinação e o êxito com que os Enfermeiros, médicos e outros interessados lutaram para manter as escolas de enfermagem fora dos estabelecimentos do ensino superior; c) o consentimento dos Enfermeiros em serem servidores dos médicos; d) o facto dos Enfermeiros não terem sabido utilizar o imenso potencial que lhes ofereciam as coletividades nacionais e internacionais para influenciarem o desenvolvimento dos serviços de saúde em que os cuidados de enfermagem tivessem podido ser praticados e desenvolvidos como uma disciplina autónoma.

2.2. Legislação Regulamentar do Desempenho do Exercício Profissional

Embora exista a dificuldade em definir a profissão de enfermagem, os Enfermeiros buscam a construção do saber próprio visando reconhecimento profissional na prestação dos cuidados de enfermagem. Neste âmbito e com o objetivo de clarificar e regulamentar o exercício da profissão, em 1996 surge o Decreto-Lei n.º 161, de 4 de setembro que aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) que descreve conceitos, caracteriza os cuidados de enfermagem, particulariza as competências dos Enfermeiros, define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos profissionais de enfermagem. Em 1998, no final do século XX, mais de 100 anos após o legado de Florence Nightingale, o REPE foi aprovado pela Ordem dos Enfermeiros e publicado no Decreto-Lei n.º 104 de 21 de abril.

Em Portugal a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OEP) tem, por determinação governamental, atribuições de regulamentação para garantia e defesa do interesse público no domínio do exercício profissional de enfermagem. Promove e protege a entidade da profissão e dos seus membros, dado que à OEP compete conceder o título profissional e a emissão da cédula profissional que se revela consequentemente na autorização do uso profissional e do exercício da profissão, especificamente é a OEP que reconhece a competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem. Segundo o ponto 2 do artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), em Decreto-Lei n.º 161/96, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98, o Enfermeiro *“é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”*, que no que diz respeito à prestação de cuidados de enfermagem são intervenções autónomas e interdependentes, a efetuar pelo Enfermeiro tendo em conta as suas qualificações profissionais.

Os cuidados de enfermagem são caracterizados no artigo 5º, do Decreto-Lei n.º 161, as intervenções dos Enfermeiros no seu artigo 9º, a delegação de tarefas no artigo 10º, os direitos, os deveres e as incompatibilidades nos artigos 11º, 12º e 13º.

A OEP, com o Decreto-Lei n.º 104, no sentido de garantir a representação, a liderança e o controlo do exercício da profissão de enfermagem, integra nos seus estatutos o Código Deontológico para a Profissão de Enfermagem nos seus artigos 78º e 92º. Este inclui para além dos deveres dos Enfermeiros e dos princípios gerais de atuação, os valores humanos, os direitos à vida e à qualidade de vida e os direitos aos cuidados de saúde dos cidadãos. Com este código os Enfermeiros são obrigados ao dever de informar a pessoa que têm ao seu cuidado/família/pessoa de referência e ao sigilo profissional, bem como ao respeito pela intimidade e pelo indivíduo

doente e em final de vida. Desta forma é evidente a consideração pela humanização dos cuidados e a objeção de consciência entre outras diretrizes consideradas fundamentais para a excelência do exercício da profissão de enfermagem.

O REPE e a OEP pressupõem a criação das condições necessárias para que a profissão de enfermagem tenha identidade própria, pois identificam a profissão de enfermagem como um grupo profissional, circunscrevendo-lhe um conjunto de imperativos de natureza moral e ética intrínsecas ao seu objeto de atenção no ato de cuidar, a saúde da pessoa, da família e da comunidade de modo holístico, associando na sua identidade profissional a experiência e produtividade adquiridas.

POLÍTICAS EDUCATIVAS

<i>Introdução</i>	67
3.1. <i>Evolução do Ensino/Formação de Enfermagem em Portugal.</i>	67
3.2. <i>Contexto da Formação do Enfermeiro em Portugal.</i>	76
3.3. <i>A Formação de Enfermagem no Distrito de Setúbal.</i>	80

“A reconhecida evolução da Enfermagem em Portugal, mais do que um legado a preservar, é uma referência que se constitui igualmente como um desafio ao desenvolvimento, no seio das profissões e das ciências da saúde, visando garantir o seu imprescindível contributo para a saúde da população. Tem sido neste quadro que a Ordem dos Enfermeiros, no âmbito das suas atribuições, se tem pronunciado sobre as reformas em curso na Saúde e no Ensino Superior, e suas implicações para os Cidadãos e a Enfermagem”.
(OE, 2008).

Introdução

Este capítulo arquitecta dar a conhecer o percurso do ensino de enfermagem em Portugal, numa forma breve mas elucidativa, numa vertente histórica e sociopolítica até aos dias de hoje. Assim, descrevem-se objetivos estatais, percursos de escolas, delineamento dos planos de estudos, aquisição de graus académicos, envolvimento de outros profissionais no ensino de enfermagem, necessidades institucionais de Enfermeiros e a resposta das escolas, enquanto instituições do ensino da profissão... da situação do ensino de enfermagem no país e no distrito de Setúbal.

3.1. Evolução do Ensino/Formação de Enfermagem em Portugal

A profissão de enfermagem em Portugal tem um percurso histórico similar ao dos outros países europeus, contudo é difícil de descrever com pormenor todos os passos devido à escassez de documentação, pelo que se tem que recorrer à legislação especificamente relacionada com a profissão, à documentação disponibilizada pelas escolas de enfermagem³, aos estudos de outros autores que no âmbito da profissão de enfermagem investigaram, como por exemplo os referenciados Nogueira (1998), Soares (1997), Corrêa (2003), Nunes (2003, 2006), Bento (2006), Rodrigues (2013).

Segundo os estudos de Nogueira (1998) e Soares (1997), o registo da profissão de enfermagem surge pela primeira vez em Portugal no censo das profissões que data de 1620 e 1640.

³ Nomeadamente: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Ministério da Saúde, sobre o Curso de Enfermagem Geral (1976). *Revista de Enfermagem*, 4(1): 22-24 e o Artigo da enfermeira e docente da Escola de Enfermagem de São Vicente de Paulo, Dília Almeida Ribeiro. (1988) Início, Evolução e Perspetivas Futuras da Escola de Enfermagem de São Vicente de Paulo. *Revista Servir*, 36(2): 92-103.

Em 1947, com o Decreto-Lei n.º 362190 de 10 de abril, o ensino de enfermagem em Portugal que estava sob a gestão médica passa a depender do Ministério da Saúde. Nesse tempo a maioria do pessoal admitido pelos hospitais não eram escolarizados e provinha de um nível socioeconómico desfavorecido. Tendo em conta a ausência de formação dos trabalhadores que cuidavam das pessoas as instituições hospitalares visando um corpo de profissionais mais capazes define estratégias de formação e é quando surgem, integrados nos hospitais, os primeiros cursos para Enfermeiros.

Existem registos na Coletânea de Textos da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca (sd.), que nos Hospitais da Universidade de Coimbra foi criado um curso em 1881 pelo Professor António Augusto da Costa Simões onde se destaca o currículo do curso com quatro disciplinas: serviço de enfermagem, instrução primária, português e francês, justificando-se a língua estrangeira por os manuais de enfermagem conhecidos serem escritos em francês, mas este curso nunca viria a iniciar por falta de apoios. Em Lisboa, segundo a Portaria do Reino de 28 de Janeiro de 1886, o primeiro curso oficial de enfermagem no então Hospital Real de São José tem início e acontece sob proposta do seu Enfermeiro-Mor⁴ Vaz de Carvalho, curso que não obteve o êxito estimado devido às dificuldades temporais de dedicação aos estudos dado que os alunos simultaneamente prestavam cuidados aos doentes. Na cidade do Porto, segundo Nogueira (1998), em 1896 no Hospital de Santo António da Santa Casa da Misericórdia o administrador hospitalar propôs a criação de uma Escola de Enfermagem por considerar não existirem vantagens na existência de congregações religiosas nos hospitais para a prestação de cuidados aos doentes. Deste curso desconhece-se a sua evolução.

Em 1901, o Enfermeiro-Mor José Curry-Cabral solicita a criação de uma escola de enfermagem ao Ministro do Reino. A sua proposta foi aceite e oficialmente materializada no Diário do Governo, n.º 204 de 10 de setembro de 1901 e surge a Escola Profissional de Enfermeiros, onde era ministrado o Curso Ordinário (com a duração de um ano com uma componente teórica sobre as noções gerais de higiene, microorganismos, medicamentos, instrumentos de cirurgia e cuidados/técnicas de enfermagem e uma componente prática a desenvolver-se com cuidados diretos aos doentes) e o Curso Completo de Enfermeiros exigia no seu ingresso o Curso Ordinário e também tinha a duração de um ano, nets os conteúdos temáticos visavam a doutrina e prática de economia hospitalar, escrituração de enfermagem, regulamentos burocráticos. Esta escola passoa a denominar-se Escola Profissional de Enfermagem. No sentido de uniformizar o funcionamento dos hospitais da Universidade de Coimbra comos Hospitais Civis de Lisboa, em 1919 foi criada uma Escola Profissional de Enfermagem em Coimbra com

⁴ Cargo de nomeação régia que foi instituído em Portugal no ano de 1851.

programa muito idêntico. Ministrava o Curso Geral com a duração de dois anos e o Curso Complementar com a duração de um ano (nomenclatura e duração que Lisboa adota em 1922). Denota-se que na altura o Curso Complementar era exigido para a função de Enfermeiro-Chefe, segundo o Decreto-Lei n.º 5736 de 10 de maio de 1919.

O funcionamento das escolas de enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra e dos Hospitais Cívicos de Lisboa são regulamentados pelo Decreto-Lei n.º 6943 de 16 de setembro de 1920 e Decreto-Lei n.º 505 de 25 de novembro de 1922 passando a ser necessário o exame de Instrução primária do 2º grau para ingresso no Curso Geral e este para ingresso no Curso Complementar, assim como o elenco curricular passou a incluir conhecimentos de enfermagem médico-cirúrgica e de socorros de urgência assim como de serviços operatórios e organização de serviços hospitalares e de legislação.

A dependência das escolas da instituição hospitalar é notória quer no ensino de enfermagem como na perspectiva dos cuidados de enfermagem. O Curso de Enfermagem dependia da administração hospitalar, pois a regulamentação estabelecia regras para a composição dos órgãos da direção, da composição do conselho escolar, normas de funcionamento, duração e elenco curricular dos cursos, organização da aprendizagem das práticas, na avaliação dos estudantes, etc. Tendeu-se para que cada instituição hospitalar formasse consoante as necessidades sentidas, a responsabilidade era médica e ministrada por médicos, recorrendo-se à estratégia da imitação e repetição do observado na aprendizagem e execução de tarefas sem orientação pedagógica da área ou relacionada com conteúdos teóricos.

Após uma época sem alterações significativas, foi a partir da década de 40 do século XX que surgiram outras escolas de enfermagem no país (Braga, Évora, Funchal, Guarda, Lisboa e Porto) tornando-se necessário criar princípios orientadores e de uniformidade neste ensino através do Decreto-Lei n.º 32612 de 31 de dezembro de 1942 que implementa premissas como, por exemplo, a uniformidade na duração do curso, as condições dos estudantes na admissão aos locais de estágio, a constituição dos júris de exames finais, cujo presidente do júri de exames era, obrigatoriamente, designado pelo Ministro do Interior. De referir que a sua maioria eram particulares e de confrarias religiosas, só havendo escolas oficiais nas cidades de Évora, Guarda, Lisboa e Porto.

No século XX a profissão é ensinada em escolas de enfermagem públicas ou privadas creditadas pelo estado e o ensino desta profissão fica caracterizado por várias reformas que decorrem da procura de uma formação mais adequada às mudanças sociais, científicas e tecnológicas vigentes.

O Ministério da Educação não exercia poder no ensino de enfermagem até à criação da Escola Técnica de Enfermagem-ETE, pelo Professor Doutor Francisco Gentil, médico, professor de medicina operatória, patologia, cirurgia e clínica cirúrgica da Faculdade de Medicina de Lisboa e presidente da Comissão Directora do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, preocupado com a assistência aos cancerosos carenciado de pessoal médico e de enfermagem especializado e influenciado pelo modelo de ensino de enfermagem americano (também inspirado no Modelo de Florence Nightingale) e apoiado pela Fundação Rockefeller para a atribuição de bolsas de estudo às enfermeiras que se formassem com o diploma da ETE. Esta foi a primeira escola portuguesa a ser dirigida por uma enfermeira, e não por um médico, embora fosse uma enfermeira americana que se deslocou ao país durante algum tempo para exercer o cargo de diretora da ETE, a escola passou a ter autonomia pedagógica e científica na área de enfermagem como consta em Boletins do Instituto Português de Oncologia (Vol.XII n.º 6 e 7, de junho/julho de 1945 e Vol. XIV, n.º5 de maio de 1947). O regulamento e o plano de estudos do curso foram aprovados pelo Ministério da Educação. Visavam o desenvolvimento de competências para o desempenho profissional em contexto hospitalar assim como em contexto saúde pública e comunitária, mais a função pedagógica e de administração correlacionadas com a profissão de enfermagem. Os candidatos ao curso tinham que ter obtido o 3º ciclo do curso liceal.

Nas décadas de cinquenta e sessenta várias enfermeiras de outros países colaboraram na formação dos Enfermeiros em Portugal e Enfermeiros portugueses, essencialmente professores, formaram-se ou visitaram instituições de ensino e/ou prestação de cuidados noutros países, nomeadamente no Canadá e nos Estados Unidos da América (Amendoeira, 2006).

Os anos 1952 e 1965 são marcos históricos na evolução do ensino da profissão de enfermagem, pela exigência de formação pedagógica e específica dos docentes e mais qualidade na preparação dos estudantes, assim como aos candidatos ao curso de enfermagem passa a ser exigida mais formação de base.

Em 1952, o ensino passa a ser socialmente mais valorizado com a exigência dos candidatos terem 18 anos, possuírem o primeiro ciclo dos liceus (equivalente ao atual sexto ano de escolaridade) “terem boa saúde física” e “irrepreensível comportamento moral” competência pedagógica dos docentes acreditados por um curso Complementar que lhes conferia competência para a docência, os alunos submetiam-se a um exame final do curso que se denominava por Exame de Estado que tinha obrigatoriamente que ser realizado numa escola pública, entre outros requisitos (Decreto-Lei n.º 38884 de 27 de agosto e Decreto-Lei n.º 38885 de 28 de agosto). É nesta altura que são criados os primeiros cursos de Enfermagem Especializada para os quais era exigida aos candidatos o curso Geral de Enfermagem e o segundo ciclo do curso do Liceu

(equivale ao atual nono ano de escolaridade). Fase teórica e a sua aplicabilidade em fase prática em contexto real da prática era uma permissa de frequência obrigatória, mas na realidade não se valorizava na aprendizagem dos estudantes a relação intrínseca entre a teoria e a prática, visava-se no ensino de enfermagem teórico a doença, e no ensino prático o doente com determinada patologia.

O Enfermeiro era o profissional que auxiliava o médico, logo os conhecimentos transmitidos objetivavam um profissional eficaz, rápido e preciso privilegiando a sua atuação nas manifestações da doença. O aparecimento das novas tecnologias assim como as mudanças evidenciadas socialmente incitam a evolução e adequação dos serviços de saúde, emergindo a necessidade de intervir na prevenção das doenças e não só ao seu tratamento. Começa assim as denominadas prevenção primária e prevenção terciária que se resume na promoção da saúde, prevenido a doença e integrar o indivíduo na sociedade de acordo com as suas manifestas capacidades. Desta forma o profissional de enfermagem passa a necessitar de ter outros saberes e competências face aos novos desafios.

Segundo Pedrosa (2004: 75), até ao ano de 1952, o plano de estudos do curso de enfermagem em Portugal estava deficientemente elaborado, pois não oferecia aos estudantes a oportunidade de valorarem a saúde. Em vez da sua preparação estar vocacionada para a prevenção da doença e para a promoção da saúde, estes eram conduzidos para o estudo da Patologia, para o tratamento do doente em contexto hospitalar e para as técnicas de enfermagem.

De denotar que a partir desta reforma passam a existir em Portugal três níveis de atuação dos Enfermeiros, pois existiam três cursos a serem ministrados: o Curso de de Auxiliares de Enfermagem, o Curso de Enfermagem Geral e o Curso de Enfermagem Complementar (Nunes, 2003).

O ano de 1965 também trouxe inovação com a exigência de o estudante possuir o segundo ciclo do Curso do Liceu ou seu equivalente legal (equivalente ao atual nono ano de escolaridade) para ingresso no curso. Denota-se que o grau de exigência na formação do candidato passou de seis para nove anos de escolaridade, contudo o Curso Geral de Enfermagem mantém os três anos curriculares, mas reorganizado para que sejam incluídos os conceitos de Saúde Pública e Saúde Comunitária. O novo plano de estudos tinha a finalidade de proporcionar, uma formação humana e técnica que lhes permitisse serem considerados profissionais aptos e eficientes em qualquer área de enfermagem e aos níveis: preventivo, curativo e de reabilitação. De denotar que este plano teve a singularidade de ser analisado criteriosamente e aprovado por uma Consultora da Organização Mundial de Saúde, nomeada por esta instituição.

Os anos 70 do século XX marcaram a história e o ensino de enfermagem, em consequência das mudanças políticas e sociais, decorrentes da denominada Revolução de Abril, que influenciaram todos os sectores da sociedade portuguesa. No âmbito da área do ensino de enfermagem, Portugal, foi palco de uma explosão de escolas oficiais, passando a serem vinte e cinco num universo de trinta e uma. Das seis escolas particulares cinco eram religiosas, pelo que ainda se denotava a influência das ordens religiosas no ensino de enfermagem em Portugal, situação de história exclusiva e não comparável à biografia de outras áreas profissionais. Esta evidência da intervenção religiosa no ensino de enfermagem, logo na evolução da profissão, justificar a existência das escolas de enfermagem religiosas até aos nossos dias.

A consciencialização da opinião pública sobre direitos sociais, especificamente nos direccionados à área da saúde ditaram aos Enfermeiros a necessidade de mais competências para uma resposta direccionada e com qualidade às solicitações das pessoas, famílias e comunidade. Em 1974 foi nomeado pelo Secretário de Estado da Saúde um grupo de trabalho responsável pela elaboração de um plano de estudos para o Curso Geral de Enfermagem, dando-se assim início a uma reforma do ensino de enfermagem que ocorreu em 1976. O curso de enfermagem passou a ter mais horas curriculares para a promoção da saúde e a incluir áreas da pedagogia e da gestão assim como a saúde comunitária e a saúde mental. Nesta altura são extintos os Exames do Estado e a exigência de uma formação técnica, científica e humana é cada vez mais aprofundada e integrada, incluindo no elenco curricular as disciplinas de psicologia, sociologia, antropologia e ética. Assim, a formação de enfermagem passa a ser inovadora, centrada na saúde da pessoa, da família e da comunidade no âmbito dos cuidados de saúde primários e no âmbito dos cuidados de saúde diferenciados.

No ano de 1976 houve a intenção da integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional ao nível do Ensino Superior Politécnico, através de várias e constantes alterações ao plano de estudos. Situação que só se veio a verificar em 1988, passando a atribuir-se aos detentores do diploma do Curso Geral de Enfermagem o grau académico de Bacharel.

Em 1979 o Curso Complementar do Ensino Secundário passou a ser um requisito de candidatura (equivalente ao actual décimo primeiro ano de escolaridade) e a partir de 1988 os requisitos passaram a ser iguais aos do acesso ao ensino superior e o Curso Geral de Enfermagem e o Curso de Especialização em Enfermagem passam a ser integrados no Sistema Educativo Nacional. Dá-se o reconhecimento académico do grau de Bacharel para o Curso Geral de Enfermagem e o grau de Licenciado através do Curso de Estudos Superiores Especializados ao

qual os Cursos de Especialização em Enfermagem davam equivalência⁵. E a alteração, através da Portaria n.º 821 de 15 de setembro de 1989, das Escolas de Enfermagem em Escolas Superiores de Enfermagem sob uma dupla tutela dos Ministérios da Saúde e da Educação. Esta reforma acaba por ser de curta duração uma vez que não correspondia às recomendações para a reestruturação do ensino de enfermagem, emanadas pela União Europeia em 1997⁶, surgindo a publicação da Lei n.º115 de 19 de setembro, que confere ao curso a duração de quatro anos letivos (8 semestres), 4600 horas curriculares⁷ e o seu diploma defere o grau académico de Licenciado. Deu-se início a uma fase de transição em que houve o Curso Complemento de Formação em Enfermagem com a duração de 1 ano para que os estudantes a frequentarem o curso geral pudessem dar continuidade aos seus estudos e acabarem licenciados. Os primeiros cursos de licenciatura em enfermagem deram início nas escolas no ano letivo 1999/2000 e a concretização da integração efetiva do Ensino de Enfermagem no Ministério da Educação concretizou-se no ano de 2000, através do Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de setembro. A evolução descrita orientou o ensino de enfermagem para o grau académico de Mestre, através da abertura do Mestrado em Ciências de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa em Lisboa, em 1991 e no ano seguinte na cidade do Porto, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Este progresso deu oportunidade aos Enfermeiros em realizarem formação contínua e avançada noutras áreas científicas frequentando mestrados e doutoramentos.

Na década de noventa, através da publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) foram clarificados conceitos, intervenções e áreas de atuação, configurou-se o exercício de enfermagem, definiram-se os direitos e deveres. Segundo o Art.º 4. n.º 1 do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, a enfermagem afirma-se como a “*profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*”. Assim, entre 1996 e 1998 os deveres de regulação da profissão deixaram de ser da tutela do Estado e foi criada a Ordem dos Enfermeiros Portugueses através do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. Este mesmo documento apresenta o Código Deontológico do Enfermeiro. Em 2002 a Ordem dos Enfermeiros, de acordo com as competências referidas pelo *International Council of Nursing* - ICN denominadas por Framework of Competencies for the Generalist Nurses e com o Enquadramento Concetual e Padrões de

⁵ Cursos de Especialização em Enfermagem, que abrangem 6 áreas específicas da intervenção profissional, nomeadamente: a Saúde Pública; a Saúde Mental; a Saúde Infantil e Pediátrica; a Saúde Materna e Obstétrica; a Médico-Cirúrgica e a Reabilitação.

⁶ Nomeadamente, as Diretivas 77/453/CEE, do comité consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem, XV/9432/7/96-PT, de 17 de outubro de 1998 e XV/E/8481/97-PT, de 20 de outubro de 1997.

⁷ De acordo com as recomendações, de 1996, do Comité Consultivo para a Formação no Domínio dos Cuidados de Enfermagem, ao nível da União Europeia, *Rapport Techniquez: La pratique Infirmière*. Genève.

Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que definiu contribui com testemunhos deontológicos e de padrões de qualidade para a regulação do exercício profissional

Vivemos no início do terceiro Milénio mundial, caracterizado por distúrbios económicos, sociais e políticos aos quais Portugal está ausente e a área da saúde, especificamente a de enfermagem não lhe é alheia. Esta situação, essencialmente nos últimos anos do segundo milénio e nos primeiros anos do terceiro milénio, estende-se à área dos cuidados de saúde, repercutindo-se na escassez de profissionais de enfermagem, havendo uma proliferação de cursos de enfermagem, principalmente nas instituições particulares de ensino superior de enfermagem, que chegam a fazer duas aberturas num ano letivo, que encontram nesta medida uma dupla vantagem: contribuir para mais formação de Enfermeiros e fazer face à sua própria crise económica.

A falta de profissionais de enfermagem leva mesmo as instituições de saúde contratarem profissionais de enfermagem estrangeiros. Em Espanha havia um excesso destes profissionais face à procura revelando-se uma oportunidade de trabalho e até de formação pós-graduada e académica para estes profissionais. Muitos especializaram-se em enfermagem e realizaram Mestrados depois de adquirirem o grau de Licenciado, por equivalência, através do diploma do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

O Estado português assume a responsabilidade do ensino de enfermagem e cria Cursos de Licenciatura em Enfermagem nas duas capitais de distrito que não usufruíam de Escola Superior de Enfermagem ou de Saúde, designadamente em Aveiro, na Universidade de Aveiro e em Setúbal, no Instituto Politécnico de Setúbal, dando continuidade à permissa, sempre presente no ensino de enfermagem, que consiste na formação de Enfermeiros para satisfazer as necessidades de cuidados de saúde da população.

No ano de 2004, através do Decreto-Lei n.º 175 de 21 de julho, torna-se evidente a rede pública constituída pelas Escolas Superiores de Enfermagem, pelas Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde e pelas Escolas Superiores de Saúde englobava 31 instituições, em que: 22 são de enfermagem (com 7 integradas em Institutos Politécnicos e 15 não integradas); 6 são de saúde (com 3 integradas em Institutos Politécnicos e 2 em Universidades e a da Escola do Serviço de Saúde Militar), e 3 de tecnologia da saúde (não integradas). Este documento procede à fusão das escolas públicas de enfermagem de Lisboa, Porto e Coimbra, dando origem à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, do Porto e de Coimbra que iniciaram a sua função como escolas superiores não integradas, passando a rede pública do ensino superior de enfermagem a ter 15, em vez de 22 escolas de enfermagem. Objetiva-se a uniformização e racionalização do ensino, formar mais e com melhor qualidade, Enfermeiros capazes de dar resposta adequada às necessidades da

população. Este Decreto-Lei acrescenta ainda que, as escolas que já estão integradas nas Universidades mantêm a sua natureza de pertença ao Ensino Superior Politécnico.

Concomitantemente a estes acontecimentos do ano 2004 com a Deliberação n.º 1040, da Reitoria, publicada em Diário da República, II série, de 12 de agosto, dá-se a criação do doutoramento em Enfermagem na Universidade de Lisboa decorrente do protocolo estabelecido entre esta universidade com a agora denominada Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (que aglutinou as quatro escolas de enfermagem de Lisboa, a saber: Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian, Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, Escola Superior de Enfermagem Dr. Francisco Gentil, antiga ETE, e Escola Superior de Enfermagem Artur Ravarra. No mesmo ano e na mesma Universidade, na Faculdade de Medicina é concebido o ramo de conhecimento Ciências da Saúde, através da Deliberação 973, da Reitoria, Publicada em Diário da República, II série em 19 de julho, para atribuição do grau de doutor, com a especialidade “Estudos Avançados em Enfermagem”.

De acordo com a *Classificação Nacional das Profissões* de 1994, a Enfermagem está colocada no capítulo dos «Especialistas das profissões intelectuais e científicas». A moldura reguladora da profissão é, hoje, constituída pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1996) e o Estatuto da Ordem - decorrentes da existência da Ordem, hoje, inclui-se o Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência (REDOC, 2000), o Enquadramento Conceptual e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2003), bem como as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2003) e as orientações emanadas pela Ordem (como a da não substituição de Enfermeiros por não Enfermeiros ou das atribuições da enfermeira circulante, as tomadas de posição relativas ao consentimento para intervenções de enfermagem, ao sigilo profissional, à delegação, à segurança dos clientes). É uma profissão liberal⁸, classificada como intelectual e científica cujo modelo de regulação é de auto-regulação.

O Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2008: 24) apresenta, aquando da análise interna para a identificação do desenvolvimento da profissão e da disciplina, os pontos identificados como fortes e os pontos fracos que se considera pertinente referir. Assim sendo, como pontos fortes foram referidos: a profissão ter um enquadramento regulador; existirem perfis de competência definidos que orientam a profissão e identificam o perfil de saída do estudante em formação; a proximidade entre o instituto do Ensino Superior e a Ordem dos Enfermeiros visando o desenvolvimento da disciplina e da profissão; o

⁸ uma *profissão liberal* caracteriza-se¹⁷ pela prática com base em qualificações profissionais relevantes, na capacidade pessoal, responsável e profissionalmente independente, daqueles que prestam serviços intelectuais e conceptuais, no interesse do cliente e do público.

desenvolvimento da investigação em ligação à ação do Enfermeiro; a evolução dos modelos curriculares; a procura de qualificação dos docentes; a capacidade de criar sinergias e de intervir social e profissionalmente; a capacidade organizativa para a evolução da profissão através da investigação e criação de redes, centros de investigação. Como pontos fracos são referidos: a não divulgação dos resultados de investigação e do desenvolvimento dos projetos realizados no terreno; a não utilização e mobilização dos resultados de investigação obtidos nos contextos da prática; divergência entre o consenso do subsistema em que se inscreve o ensino da Enfermagem no Ensino Superior Politécnico; diversidade de opinião quanto às relações a estabelecer entre os percursos, académico e profissional; percurso dos Enfermeiros e dos docentes de enfermagem em carreiras estanque e com percursos afastados; distanciamento dos docentes em relação aos contextos dos cuidados e dos Enfermeiros da prática clínica em relação à investigação, resultado da influência sofrida pelo seu percurso histórico e pelo enquadramento legal que o acompanhou. Este mesmo estudo incluiu uma análise da envolvente e uma análise *swot*.

3.2. Contexto da Formação do Enfermeiro em Portugal

O ensino de enfermagem, atualmente, visa dar resposta às recomendações da Organização Mundial de Saúde emanadas na 2ª Conferência da OMS em Munique, na Alemanha em 15, 16 e 17 de junho do ano 2000 e do Conselho Internacional de Enfermeiros através do documento Enfermagem e *Midwife: Health 21-Saúde 21* que exala princípios, em que se destaca: o cuidado ser centrado na pessoa, na necessidade de implicar a pessoa, a família, o grupo e a comunidade nos cuidados de enfermagem, promovendo um processo educativo que leve à melhoria da qualidade de vida e bem-estar da pessoa, com autonomia; estabelecer o conceito de família como uma unidade de cuidados; promover uma articulação entre os diferentes níveis de cuidados promovendo a continuidade da prestação de cuidados; realização de estudos científicos, de evidência que promovam o cuidar em Enfermagem e definam estratégias de qualidade e excelência dos cuidados de enfermagem; a relação colaborativa entre as escolas de ensino profissional de enfermagem e as entidades de saúde da comunidade em que estão inseridas; a colaboração destas instituições escolares na formação dos cidadãos em questões de saúde numa perspetiva de Educar para a Saúde.

Quintão Pereira (1998: 20) elaborou um parecer técnico em que referia a necessidade de mais formação para os Enfermeiros, que estes adquirissem “*as competências internacionalmente recomendadas para o exercício da profissão*”, num entendimento de competência, como o conhecimento, a atitude e o comportamento desejável à ação a desenvolver, que pode ser decomponível em saber, saber-fazer e saber-ser ou saber-estar (Pires, 1995:57). Com o plano de

estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem o estudante tem mais tempo destinado à prática em contexto real de trabalho, onde os estudantes experienciam a relação com os enfermeiros integrados numa equipa multidisciplinar, numa perspetiva de integração à vida profissional. É a formação decorrida em situação verdadeira que contribui para a construção de uma identidade profissional, um espírito de corpo, uma cultura comum quanto a valores, mas também, e sobretudo, pela forma de expressão, de raciocínio, de colocar e resolver problemas (Perrenoud, 1997).

A componente prática expressa no formato de ensinos clínicos ou estágios visa, para o estudante de enfermagem, a interiorização dos saberes teóricos e fundamentam o desenvolvimento das competências para o procedimento adequado à situação vivenciada. Concomitantemente as competências relacionais do saber-ser e/ou do saber-estar, as competências psicomotoras do saber-fazer e do aprender a aprender, alicerçais para uma prestação de cuidados de enfermagem holística à pessoa, à família e à comunidade, ao longo do ciclo vital em processo de saúde-doença. O plano de estudos contempla uma aprendizagem faseada do mais simples para o mais complexo, designadamente do relacionamento com as pessoas saudáveis em ambiente comunitário desenvolvendo-se numa perspetiva de prestação de cuidados de enfermagem promotores de saúde, fomentadores de educação para a manutenção da saúde individual e coletiva, para os cuidados diferenciados a pessoas portadoras de doença aguda ou crónica, satisfazendo as suas necessidades humanas básicas, tendo como referência a pirâmide das necessidades humanas proposta pelo psicólogo Abraham Maslow, 1908-1970, na teoria da motivação humana, de modo a ajudá-las a se tornarem independentes (Figura nº 1).

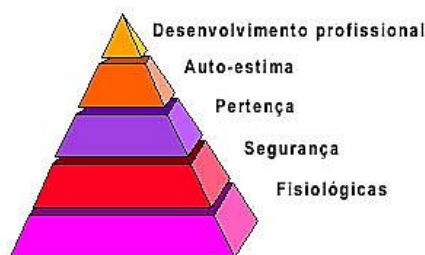


Figura nº1. Representação da Pirâmide das Necessidades Humanas de Maslow.

Se os saberes constróiem-se a partir da ação, e na interação, numa lógica do aprender fazendo, é necessário que o estudante em formação seja incorporado no *habitus* profissional do Enfermeiro, numa aprendizagem alicerçada nos contextos da vida, na vida experienciada e expectada numa aquisição de habilidades para a ação na *praxis* e exista aprendizagem das competências requeridas e adequadas para uma intervenção de cuidados de enfermagem que

segundo Galperim e Pereira, referidos por Waldow (1995), proporcionam o contato com o mundo real da profissão. Facilitando a associação entre o conhecimento teórico, científico e evidente com o conhecimento gerado pela situação vivida. O mesmo autor, (2006) no decorrer da associação referida descreve que a ação reflexiva e crítica decorrente favorece uma ação na prática mais independente, assertiva e responsável, pois o espírito crítico e o respeito pela pessoa cuidada são inerentes à intervenção do Enfermeiro. O ensino de enfermagem é um ensino de pessoas para pessoas que cuidam de pessoas com enfoque no cuidado humano, que deve ser caracterizado por um modelo de formação humanística.

No sistema de formação profissional do Enfermeiro, assim como noutro tipo de formação não se pode descurar que o processo da aprendizagem deve ser realizado em função das necessidades individuais de aprendizagem do estudante, pois a aprendizagem deve estar arregada de afetividade, alegria, capacidade científica e domínio da evolução técnica e tecnológica (Freire, 1999). Ferreira e Santos (1994) definiram aluno, (que consideramos ser mais adequado estudante pela implicação do mesmo na sua própria aprendizagem, na motivação e apropriação do que quer saber) como o ator social, sujeito ativo, com vontade própria, desejo e estratégias personalizadas de intervenção. Nesta matéria corroboramos com Perrenoud (1997) porque a formação do Enfermeiro deve ser centrada no estudante no seu processo de aprendizagem, contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal e social, nas dimensões cognitiva, afetiva e psicomotora tendo em conta o seu bem-estar enquanto pessoa, estudante, futuro profissional, não de uma forma de mero receptor de informação, mas sim um estudante que está sob a tutoria do professor que funciona como facilitador da aquisição e desenvolvimento das competências requeridas e que permite uma reflexão e compreensão acurada das situações/dos fenômenos/dos casos clínicos em apreço. Segundo Dubar (1997), são os saberes práticos, adquiridos diretamente no exercício da profissão, que tornam válida a formação profissional, pelo que os professores de enfermagem devem ter conhecimento e domínio da prática da prestação de cuidados de enfermagem para que o processo ensino-aprendizagem seja bem-sucedido.

O saber prático, o saber-fazer em enfermagem, para Benner (2001) desenvolve-se aquando da aprendizagem da prestação dos cuidados de enfermagem e do testemunho desse cenário pelos demais envolvidos no contexto real da prática de enfermagem. Desta forma, o conhecimento transmitido e desenvolvido pelos professores de enfermagem e pelos Enfermeiros, peritos da prática no contexto, devem estar em concordância, pois só assim não surgem divergências e dúvidas no saber e no saber-fazer e os procedimentos possam ser questionados, refletidos e conseqüentemente compreendidos e interiorizados e passíveis de serem fundamentados. Os saberes práticos, do campo do saber-fazer servem de pontos de ancoragem em volta dos quais se organizam os saberes teóricos, os saberes processuais. Todos através da

ação, da intervenção vão-se substituindo uns aos outros, interpenetrando-se, combinando-se (Malglaive, 1995), porque os saberes são socialmente construídos e estão subjacentes à história pessoal e social dos seus atores. A aprendizagem das competências é realizada e moldada ao longo do tempo de vida alterando-se e progredindo numa linha decorrente das experiências, práticas, estudos, atividades... através dos sistemas: operativo, afetivo e intelectual.

Pires (1995) apresentou um modelo de diferentes competências inerentes ao desempenho da profissão que não preconizadas para o estudante de enfermagem. Tendo em conta a sua dissemelhança a autora agrupou-as em duas diferentes tipologias, como:

- a) *As competências genéricas ou transversais* que são as que se desenvolvem a partir de experiências importantes vividas enquanto pessoa e profissional, que correspondem ao conjunto de qualidades pessoais do âmbito do saber ser, relacionadas com a personalidade, como: o espírito de iniciativa, o espírito crítico, a perseverança, a criatividade, o sentido de organização, o auto-controle; a atitude de liderança, a persuasão, a autoconfiança, a percepção e inter-percepção, a preocupação e a solicitude;
- b) *As soft skills*, assim denominadas, segundo Pires (1995: 65), por Barry Nyhan e que são as competências fundamentais da formação contínua, à atitude da autotransformação, nomeadamente à capacidade que um trabalhador tem para realizar um exame crítico que o ajude na compreensão do ambiente que o rodeia no local de trabalho. Estas capacidades são muito importantes na profissão de enfermagem dada à permanente evolução do estado saúde-doença das pessoas, famílias e comunidade, objetos de atenção do Enfermeiro e manifestam-se pela presença das seguintes capacidades: flexibilidade, adaptabilidade, autonomia, responsabilidade, abertura a novas idéias, motivação, trabalho de grupo, comunicação, análise e aprendizagem;
- c) *As competências de 3ª dimensão*, que Pires (1995) aborda Citando Roselyne Orofiamma e Simone Aubrun (1990), e as caracteriza como sendo aquelas que não apelam nem as capacidades intelectuais nem as capacidades psicomotoras mas sim as comportamentais da pessoa, o seu saber-ser, as características pessoais e o que se refere às suas atitudes sócio-afetivas. Agrupam-nas em quatro diferenciadas categorias, nomeadamente:
 1. As referentes aos comportamentos profissionais e sociais que se encontram ligadas ao contexto social ou profissional e que se manifestam pela análise do trabalho, pela decomposição da intervenção pela abordagem das funções que visam a qualidade da organização;
 2. As concernentes com as posturas de relação e comunicação e que se interligam com auto-imagem, a habilidade de acomodação e de impulsionação/aceitação da mudança;

3. As correlacionadas com a capacidade criativa que atuam perante o inesperado, fazem recurso à imaginação, mobilizam as capacidades emocionais, sensórias, do intelecto...;
4. As que são intrínsecas à pessoa, existenciais ou do âmbito da ética, as atitudes que encaixam os valores e a perspetiva existencial da pessoa, que se traduzem em capacidades (de ser ator social, de apropriação do vivido conotando-lhe uma carga social e cultural; de análise crítica construtiva para a transformação do vivido e passar para o seu próprio projeto pessoal; de autoformação, de investigação, de evolução pessoal.

Competências essenciais para um desempenho profissional responsável, efetivo e autónomo não só aplicável no percurso formativo como na existência de vida do profissional de enfermagem.

3.3. A formação de Enfermagem no Distrito de Setúbal

No distrito de Setúbal existe duas Escolas Superiores de Saúde separadas cerca de 42 Km, que lecionam o Curso de Licenciatura em Enfermagem, uma de cariz particular, em Almada, a Escola Superior de Saúde Egas Moniz, e outra pública em Setúbal, a Escola Superior de Saúde do Intituto Politécnico de Setúbal.

A Escola Superior de Saúde Egas Moniz, no âmbito da área de enfermagem tem a oferta formativa do Curso de Licenciatura em Enfermagem a Pós- Graduação em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Segundo o *site*⁹ da escola aquando da apresentação do Curso de Licenciatura em Enfermagem, este “conjuga o ensino teórico e teórico-prático com uma forte componente prática, tendo os alunos incluídos, desde o 1.º ao último ano do curso, estágios em hospitais, centros de saúde e lares de idosos. Tal permite a aquisição de competências técnicas que te habilitam a cuidar de pessoas saudáveis ou doentes, ao longo das diferentes etapas do ciclo vital, não esquecendo as competências sociais do Enfermeiro, de relacionamento humano e de dedicação aos doentes, tão importantes num profissional de saúde. Como Florence Nightingal, (2005: 6), considerada a fundadora da Enfermagem moderna, referiu: “*A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é o tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus. É uma das artes; poder-se-ia*

⁹ <http://www.egasmoniz.com.pt/pt-pt/ensino/essem/cursos/licenciaturas/licenciatura-em-enfermagem.aspx>

dizer, a mais bela das artes.” Como profissão, a presença de um Enfermeiro é obrigatória em qualquer equipa de prestação de cuidados de saúde, exigindo uma elevada preparação científica e técnica e uma forte componente humana, de proximidade com o doente. No meio hospitalar, onde a sua ação é mais emblemática, o Enfermeiro funciona como elemento imprescindível, com funções bem definidas, de autonomia e responsabilidade profissional. Cujo plano de estudos se apresenta no Quadro nº 1.

A Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal tem uma oferta formativa no âmbito da formação do grau de Licenciado com o Curso de Licenciatura em Enfermagem. No âmbito da formação do grau de Mestre, com o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria e com o Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória. No âmbito da formação contínua apresenta o Curso de Pós-graduação em Enfermagem do Trabalho, o Curso de Pós-Graduação em Saúde Escolar e o Curso de Pós-Graduação em Mutilação Genital Feminina. O Curso de Licenciatura em Enfermagem, cujo plano de estudos se apresenta na Quadro nº 2, *“é uma formação de nível superior que visa capacitar os licenciados para intervirem de forma autónoma ou integrados em equipas multidisciplinares, concebendo e/ou participando na tomada de decisão acerca dos cuidados de enfermagem e de saúde, para responderem às necessidades das pessoas, famílias, grupos e comunidades (...) O Curso (...) respeita as directivas da União Europeia, as orientações da Ordem dos Enfermeiros para a formação do Enfermeiro de cuidados gerais, assim como toma em atenção as recomendações emanadas por organismos internacionais nomeadamente o ICN e a OMS”* segundo a Coordenadora do Departamento de Enfermagem Professora Doutora Lucília Nunes (2005)¹⁰.

1º ANO	2º ANO
<ul style="list-style-type: none"> • Anatomia • Bioquímica/Biofísica • Enfermagem Clínica I • Enfermagem Clínica II • Enfermagem no Trabalho • Ética e Deontologia I • Farmacologia I • Fisiologia • Fundamentos de Enfermagem I • Fundamentos de Enfermagem II • Microbiologia, Parasitologia e Virologia • Nutrição • Patologia I • Psicologia • Psicologia do Desenvolvimento • Sociologia e Antropologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Bioestatística • Bioinformática • Enfermagem ao Adulto • Enfermagem ao Idoso • Enfermagem Clínica III • Enfermagem Clínica IV • Enfermagem de Saúde Mental • Farmacologia II • Investigação em Enfermagem • Patologia II • Sociologia da Saúde

¹⁰ https://www.si.ips.pt/ess_si/cursos_geral.FormView?P_CUR_SIGLA=ENFB

3º ANO	4º ANO
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermagem à Criança • Enfermagem ao Adolescente • Enfermagem Clínica V • Enfermagem Clínica VI • Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica • Gestão em Enfermagem • Metodologias de Investigação • Metodologias de Projeto • Pedagogia • Políticas, Economia e Financiamento dos Sistemas de Saúde • Sociologia das Profissões e das Organizações de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Dissertação • Enfermagem Clínica IX • Enfermagem Clínica VII • Enfermagem Clínica VIII • Enfermagem de Saúde Comunitária • Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica • Ética e Deontologia II • Tendências e Perspetivas para a Enfermagem

Quadro nº1. Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Dr. Egaz Moniz.

A natureza da disciplina de enfermagem pressupõe que o seu desenvolvimento aconteça em relação e articulação entre o ensino teórico e o ensino clínico, procurando interligar o pensamento/conhecimento e a ação decorrendo num ciclo de complexidade crescente em contextos de aprendizagem diversos. A formação dos licenciados em Enfermagem assenta nos pressupostos de que o seu campo de ação é mais amplo do que o cuidar da pessoa doente em contexto hospitalar enquadrando a sua intervenção em equipas multiprofissionais num ambiente intersectorial entre o hospital e a comunidade num trabalho de parceria onde se partilhem valores, metas e objetivos, desenvolvendo o seu trabalho num mútuo respeito por forma a se conseguir uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Acresce ainda que a formação inicial tem como objetivo central a todo o processo de ensino aprendizagem formar profissionais competentes não só para hoje mas também que valorizem e se impliquem em manter essa competência em termos de conhecimentos, habilidades, comportamentos e atitudes.

1º ANO	2º ANO
<ul style="list-style-type: none"> • História de Enfermagem • Enfermagem I – Fundamentos: Procesos e Instrumentos • Enfermagem II – Adulto e Idosos: estilos de vida e conforto • Enfermagem III – Saúde Pública e Educação para a Saúde • Investigação I • Ética I • Didática em Enfermagem • Anatomo-Fisiologia I • Anatomo-Fisiologia II • Biofísica e Bioquímica • Psicologia do Desenvolvimento • Socioantropologia da Saúde • Sistemas de Saúde • Direito da Saúde e da Enfermagem • Microbiologia • Nutrição • Relação de Ajuda e Comunicação em Enfermagem I • Ensino Clínico de Enfermagem – Instrumentos Básicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Deontologia Profissional I • Enfermagem IV - • Epidemiologia Adulto e Idoso: processos de saúde-doença • Estatística • Farmacologia • Investigação II • Patologia I • Relação de Ajuda e Comunicação em Enfermagem I • Supervisão de Aprendizagem dos Cuidados I • Ensino Clínico de Enfermagem IV – Adulto e Idoso: processos de saúde-doença • Gestão de Stress (opção) • Ostomias: um olhar sobre os cuidados (opção)

e Comunicação	
3º ANO	4º ANO
<ul style="list-style-type: none"> • Andragogia • Enfermagem V- Processos de Saúde-Doença Mental • Enfermagem VI – Mulher e Saúde Reprodutiva • Enfermagem VII – Criança e Adolescente • Ética II • Patologia II • Investigação III – Enfermagem Baseada na Evidência • Supervisão da Aprendizagem dos Cuidados II • Ensino Clínico de Enfermagem V – Processos de Saúde-Doença Mental • Ensino Clínico de Enfermagem VI – Mulher e Saúde Reprodutiva • Ensino Clínico de Enfermagem VII - Criança e Adolescente • Saúde no Trabalho (opção) • Sociologia da Infância e do Adolescer 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigação IV – Projeto • Deontologia Profissional II • Enfermagem IX – Situações Complexas e de Alto Risco • Enfermagem VIII – Cuidados Continuados e Paliativos • Estágio de Opção

Quadro nº 2. Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.¹¹

Em análise os dois Cursos de Licenciatura em Enfermagem ministrados no distrito de Setúbal apresentam uma oferta formativa semelhante para a preparação do Enfermeiro em Cuidados Gerais com as competências definidas e requeridas pelo Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem 2009-2012 (Ordem dos Enfermeiros, 2008). No que concerne à formação académica de grau de Mestre e Pós-Graduada a oferta é mais alargada no ensino público de enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

¹¹ https://www.si.ips.pt/ess_si/planos_estudos_geral.formview?p_Pe=1431

MULHER E SOCIEDADE

<i>Introdução</i>	87
4.1. Disposições Demográficosociais na Perspetiva da Saúde da Mulher Portuguesa.	87
4.2. Tendências da Saúde da Mulher Portuguesa.	95
4.3. Questões Sociopolíticas na Conjugalidade e Parentalidade.	98

“Cada mulher deveria ter oportunidade de alcançar e manter a sua saúde, tal como definida por ela própria, no seu mais alto potencial”

(Galvão, 1999, citado por Fernandes e Narchi, 2007: 268).

Introdução

Nas sociedades contemporâneas a saúde é considerada um bem de excelência e a equidade, ao seu acesso e à prestação de cuidados de saúde, é um valor social. No seu conceito, existe uma ligação com a vivência psíquica, com o apoio relacional e com o meio social.

Os Enfermeiros, enquanto profissionais competentes que prestam cuidados de saúde, estão atentos e procuram aumentar a eficácia e a qualidade dos seus préstimos, tendo em conta o vertiginoso avanço científico e tecnológico alcançado por todas as outras áreas do conhecimento. Saúde e doença são concebidas como um processo complexo, contínuo de “*melhor Saúde*” e “*pior Saúde*”, na procura de um equilíbrio, o mais consonante possível, tendo em conta os possíveis diferentes agentes que afectam a entidade humana. A mulher, como pessoa, está inerentemente sujeita a este constante sistema ao longo do seu ciclo vital.

O presente capítulo pretende expor como vive a população feminina portuguesa, como se insere na sociedade e qual o retrato global da sua saúde no âmbito pessoal, familiar e comunitário.

4.1. Disposições Demográficas e Sociais na Perspetiva da Saúde da Mulher Portuguesa

As condições de vida e de saúde, no último século, têm melhorado de forma contínua e sustentada na maioria dos países, graças aos progressos políticos, económicos, sociais e ambientais, assim como aos avanços na saúde pública e na medicina (Buss, 2000). Estudos de diferentes autores e relatórios apresentados sobre a saúde mundial apontam para a melhoria das condições de vida das pessoas. Porém, nos mesmos documentos existem referências de que a par dessas melhorias, é evidente a existência de profundas desigualdades nas condições de vida e de saúde entre países subdesenvolvidos, suas regiões e grupos sociais (WHO, 1998).

Num entendimento demográfico feminino, em Portugal, “*as mulheres são a maioria da população residente, vivem mais tempo, casam e têm (menos) filhos cada vez mais tarde. Numa década, o número de mulheres em idades mais jovens diminuiu, e aumentou o número de mulheres que vivem sós. Estas são os principais factos de retrato demográfico feminino nos*

últimos dez anos”. (INE, 2012a: 4). De acordo com os resultados definitivos dos Censos 2011 (INE, 2012:4), a população portuguesa de 10 562 178 pessoas, (5 046 600, 47,8%; são homens e 5 515 578, 52,2%; são mulheres, numa relação de feminilidade de 109,2 por cada 100 homens) cresceu nos últimos 10 anos cerca de 2% (206 061) devido a um saldo migratório positivo de 188 652 pessoas, uma vez que o saldo natural (número de nascimentos menos o n.º de óbitos) contribuiu com apenas 17 409 pessoas para este crescimento.

Nas últimas décadas a vida das mulheres portuguesas mudou pois, casam com mais idade [29,2 anos em 2010, o que representa um aumento de 3,5 anos face ao ano 2000 (INE, 2012a:5)], têm uma vida profissional ativa a tempo inteiro e inserida no mercado de emprego, assumem com mais naturalidade o viverem sós ou com os seus filhos (famílias monoparentais), para além de habitarem longe do local de trabalho, terem de usar mais do que um transporte nas deslocações, viverem em distritos diferentes das suas famílias de origem, terem dificuldade em terem equipamentos de apoio à família, como creches, jardins-de-infância, serviços de apoio domiciliário,... para além de serem elas os elementos da linha da frente numa família que tenha idosos, deficientes ou doentes para cuidar. É óbvio que todas estas situações afectam as mulheres, pois são elas que ficam mais sobrecarregadas numa família e continuam a ser elas, que têm menos tempo livre e menos maneira de intervir na vida pública e política do país.

A população ao longo das últimas décadas tem vindo a envelhecer, porque entre os 30 e os 69 anos a população cresceu 9% e, para idades superiores a 69 anos, o crescimento foi da ordem dos 26%, para além dos índices demográficos (que são compostos por: Índice de Envelhecimento; Índice de Longevidade; Índice de Rejuvenescimento da População Ativa e Índice de Sustentabilidade Potencial), apontarem para o envelhecimento acelerado da população, nomeadamente o índice de envelhecimento da população é de 128, o que significa que por cada 100 jovens existem 128 idosos. Estes números têm proporções diferentes consoante as regiões do país, pois enquanto a Região Autónoma dos Açores e da Madeira são as (únicas) que apresentam mais jovens do que idosos, as regiões do Centro e do Alentejo são as regiões mais envelhecidas, com índices de 163 e 178 idosos por cada 100 jovens, respectivamente. Numa população envelhecida em que a percentagem de jovens recuou para 15% e a dos idosos (que têm no mínimo 65 anos) cresceu para 19%, o índice de sustentabilidade potencial, que relaciona o número de indivíduos em idade ativa, por cada indivíduo idoso, tem tendência para baixar, e Portugal não foge à regra, pois passou de 4,1 em 2001, para 3,5 em 2011 (INE, 2011). A idade média da população (41,8 anos) aumentou 3 anos (em relação a 2001), sendo a idade média das mulheres superior (43,2 anos) à dos homens (40,3 anos).

A esperança média de vida também tem vindo a aumentar nas últimas décadas em quase todos os países da União Europeia (EU) e Portugal foi dos países, no contexto europeu, em que o aumento foi particularmente relevante desde a década de 60. Nas décadas de 60 e 70 a esperança média de vida à nascença da população feminina portuguesa registou um aumento de 66,8% em 1960 para 75,2% em 1980 (nos homens os valores são: 61,2 em 1960 e 67,7 em 1980). Desde então a esperança média de vida tem vindo a aumentar, contudo a um ritmo mais lento. Em 1994 a esperança média de vida das mulheres portuguesas era cerca de 8 anos em relação à dos homens (79 anos para as mulheres e 71 anos para os homens). O INE (2004) já previa que em 2014 os valores subissem para 82 anos nas mulheres e 76 anos nos homens respectivamente, traduzindo-se num ganho de 3,4 anos para as mulheres e de 4,1 anos para os homens, atenuando assim a diferença na longevidade entre os sexos para cerca de 6 anos (INE, 2004), valores que em 2013 já eram superados pela esperança média de vida das mulheres com uma subida de 3 anos. Prova de que o progresso nas áreas da saúde e a facilidade de acesso a serviços de saúde reflectem-se no facto de haver maior longevidade dos povos. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento do Desenvolvimento Humano (PNUD, 1996), em Portugal, no género feminino, esta melhoria deve-se essencialmente à redução da mortalidade materna e infantil, no entanto, a este aumento da esperança média de vida associa-se a diminuição da taxa de fecundidade e de natalidade, pois à mais de 100 anos que a natalidade no povo português, tem vindo a diminuir, designadamente de 27,7/1000, taxa bruta nos anos 30 até atingir 11,4/1000 em 1997 e 9,70/1000 em 2007 (INE, 2008) que são a razão suprema para o envelhecimento das populações, a que este país (Portugal) não é excepção. Este fenómeno é uma constante em todos os países da União Europeia e é resultado do reflexo das melhorias socioeconómicas e da diminuição da mortalidade infantil, assim como da introdução, na década de sessenta, dos meios de contracepção científica, da mudança de valores no campo do acesso ao mercado do trabalho, no casamento (o inquérito à fecundidade e à família de 1997 confirma a tendência para que, também em Portugal, o casamento seja menos frequente e aconteça em idades mais tardias, o que se reflecte no adiamento do nascimento do primeiro filho e no número de filhos por mulher/casal (INE, 2001), na gestão da vida familiar e na escolarização cada vez mais evoluída academicamente, nas mulheres.

O número de mulheres que vivem sós, independentemente da idade, cresceu 26,6% na década de 2001-2011, de acordo com os dados dos Censos. As mulheres representam 63,8% da população que vive só, proporção que sobe para 77,1% na faixa etária dos 65 e mais anos.

O retrato feminino na década 2000-2010, face ao crime e à violência, é sobretudo marcado pelo aumento da proporção de mulheres enquanto lesadas/ofendidas no crime registado contra pessoas, e pela sua diminuição enquanto reclusas. Observa-se uma tendência de

crescimento na proporção de mulheres no total de lesados/ofendidos em crimes contra o património, mas a um menor ritmo: em 2010, correspondiam a 35,7% dos lesados, face a 30,2% em 2000 (INE, 2012 a). Em relação ao número de reclusas, este diminuiu entre 2000 e 2010, dado que se observou uma redução de 48,4% no número de mulheres reclusas, superior à registada para o total dos reclusos em igual período (10,6%). Assim, as mulheres representavam 9,4% da população reclusa em 2000, valor que passou para 5,4%, em 2010 (INE, 2012a: 11)

No que se refere às prestações de desemprego (que incluem: o subsídio de desemprego, o subsídio social de desemprego inicial, o subsídio social de desemprego subsequente e o prolongamento do subsídio social de desemprego) e de rendimento social de inserção, as mulheres beneficiárias encontram-se em proporções semelhantes às dos homens beneficiários, designadamente o número de mulheres beneficiárias de prestação de desemprego aumentou 57,9% entre 2000 e 2010, face a um aumento total de 77,0%. As mulheres representam 51,2% dos beneficiários de prestações de desemprego e 52,6% do total de beneficiários do rendimento social de inserção, em 2010. O valor médio do subsídio de prestações de desemprego auferido pelas mulheres foi inferior à média no período em análise, reflexo da desigualdade salarial entre sexos, verificada em Portugal (INE, 2012a: 18).

Vivem-se dias de risco de pobreza para as mulheres portuguesas, sobretudo para as mulheres idosas, pois para as mulheres a taxa de risco de pobreza (que corresponde à proporção da população residente cujo rendimento monetário disponível por adulto equivalente é inferior ao limiar de pobreza. O limiar de pobreza, ou linha de pobreza relativa, corresponde a 60% da mediana da distribuição dos rendimentos monetários líquidos equivalentes em cada ano) após transferências sociais foi de 18,4% em 2009, traduzindo uma diminuição de 3,2%, face a 2003, acompanhando a tendência de redução da taxa de risco de pobreza para o total da população. A taxa de pobreza é mais elevada nas mulheres com 65 e mais anos: no ano de 2009, o risco de pobreza das mulheres idosas foi de 23,5%, face a 16,4% das mulheres entre 18 e 64 anos, e a 17,9% do total da população (INE, 2012a: 21).

Se a análise for realizada pela taxa de intensidade de pobreza (indicador que mede a proporção de habitantes com rendimentos anuais por adulto equivalente inferior a 5207 euros, em 2009, aproximadamente 434 euros por mês) para as mulheres foi de 22,6%, inferior ao registado para o total da população que foi de 22,7%. Contudo este valor significa uma redução face ao registado em 2003 (25,4%), traduzindo um desagravamento da insuficiência de rendimentos das mulheres em risco de pobreza. A taxa de intensidade da pobreza é superior nas mulheres portuguesas entre os 18 e os 64 anos, face às mulheres idosas, à semelhança do que acontece para o total da população: em 2009 a taxa de intensidade da pobreza para as mulheres dos 18 aos 64

anos foi de 25,7%, o que compara com 17,3% das mulheres com mais de 65 anos (INE, 2012a: 26).

Verifica-se uma redução da intensidade da pobreza em 2009, face a 2003, para as mulheres e para o total da população, independentemente do grupo-etário. Contudo, vive-se o ano de 2012, em que a taxa de desemprego aumenta diariamente devido à crise económica que o país atravessa, pelo que, em próxima avaliação da taxa de intensidade da pobreza estes valores irão, talvez revelar, um aumento significativo refletindo o agravamento da falta de recursos dos indivíduos com rendimento inferior ao limiar de pobreza.

Segundo o Observatório das Desigualdades do Instituto Superior de Ciência, Trabalho e Emprego do Instituto Universitário de Lisboa, a privação de material (que corresponde ao indicador geral de privação de material que se baseia num conjunto de nove itens representativos das necessidades económicas e de bens duráveis nas famílias), em Portugal, é mais elevada nas mulheres. A taxa de privação de material para a população feminina foi de 22,2%, no ano de 2010, representando que as mulheres portuguesas não tiveram acesso a 3, dos 9 itens representativos das necessidades económicas e de bens duráveis das famílias (em que os itens são: a capacidade para assegurar o pagamento imediato de uma despesa inesperada próxima do valor mensal da linha de pobreza (sem recorrer a empréstimo); a capacidade de pagar uma semana de férias, por ano, fora de casa, suportando a despesa de alojamento e viagem para todos os membros do agregado; a capacidade para pagar sem atraso as prestações de crédito e as despesas correntes da residência principal e outras despesas não relacionadas com a residência principal; a capacidade financeira para ter uma refeição de carne ou de peixe (ou equivalente vegetariano), pelo menos de 2 em 2 dias; a capacidade financeira para manter a casa adequadamente aquecida; a disponibilidade de máquina de lavar loiça; a disponibilidade de televisão a cores; a disponibilidade de telefone fixo ou telemóvel; e a disponibilidade de automóvel (ligeiro de passageiros ou misto) (INE, 2012a: 15).

Em Portugal, *“existem mais mulheres com nível de escolaridade superior (duplicou o número de doutoradas) e secundário, e menos mulheres jovens em situação de abandono precoce de educação e formação. As mulheres acompanham a evolução positiva observada no país ao nível da investigação e desenvolvimento, assim como na utilização de tecnologias de informação e comunicação. As mulheres apresentam taxas de actividade e de emprego mais baixas, e de desemprego mais elevada. Porém, mais de um quinto das mulheres empregadas exercia funções de dirigentes e de carácter intelectual e científico”* (INE, 2012a:16).

No âmbito da educação, em Portugal, verifica-se que existem mais mulheres sem a escolaridade completa, mas que existem mais mulheres com ensino superior. A proporção de

mulheres com 15 e mais anos sem qualquer nível de escolaridade completo era de 14,0% em 2011, valor para o qual contribuem, sobretudo, as mulheres com 65 e mais anos. Denota-se que este valor é superior ao verificado para a população total (10,6%). A população de mulheres com ensino superior completo (15,1%) excede o valor observado na população total (13,4%), verificando-se que no grupo etário 25-64 anos (19,9%), em idade ativa, tinham escolaridade completa ao nível do ensino superior. Em 2011, as mulheres apresentavam uma taxa de abandono precoce de educação e formação abaixo da observada para a população total, pois aproximadamente 18 em cada 100 mulheres (18,1%), com idade entre 18 e 24 anos, com nível de escolaridade completo até ao 3º ciclo do ensino básico, não recebeu qualquer tipo de educação (formal ou não formal) no ano de 2011, o que compara com 23,2% registado na população total do mesmo grupo etário (INE, 2012a: 17).

No que respeita à taxa de escolaridade da população, o desempenho feminino em 2011 foi superior ao verificado para o total da população. A proporção de mulheres, do grupo etário 20-24 anos com o nível de ensino secundário, era de 71,0%. Este valor confere com 64,4% apurado no total da população com a mesma idade. Somente as mulheres com mais de 65 anos apresentam resultados educativos, neste nível de ensino, inferiores aos registados para a população total. No ano letivo 2009/2010, por cada 100 alunos matriculados no ensino superior, 51,3 eram mulheres (INE, 2012a: 17)..

Entre os anos letivos 2000/2001 e 2009/2010, a proporção de estudantes femininas matriculadas no ensino secundário foi sempre maioritária. O mesmo acontece no ensino superior em que a presença feminina é também preponderante, quer ao nível dos estudantes inscritos, quer ao nível de diplomados. A relação de feminilidade era de 57,0% para os inscritos e de 67,1% para os diplomados, no ano letivo 2000/2001, tendo passado para 53,3 e 60,1%, respectivamente, em 2009/2010. Importa salientar que a relação de feminilidade nos diplomados é sempre superior à verificada nos alunos matriculados. (INE, 2012a: 17- 18). As áreas de estudo preferidas pelas mulheres ao nível do ensino superior são as ciências sociais, comércio e direito (30,5%) e a saúde e protecção social (27,1%), à semelhança do observado para o total de diplomados no ano letivo 2009/2010. As áreas de engenharia, indústrias transformadoras e construção, a par da educação, constituem áreas de estudo em que se observam maiores diferenças entre as mulheres e o total de diplomados. Denota-se na área das engenharias a proporção de mulheres diplomadas ser de 5,1%, pra 11,8% do total de diplomados, enquanto na área da educação esta relação se inverte, sendo de 12,2% para 8,7%. O número de doutoramentos realizados pelas mulheres mais do que duplicou no período 2001 a 2009, registando-se um acréscimo de 100,5%, face ao acréscimo de 72,8% observado no total de doutoramentos. Em 2009, registaram-se 1 569 doutoramentos realizados ou

reconhecidos em Portugal, dos quais mais de metade (810) protagonizados por mulheres (INE, 2012a: 23).

No que concerne à investigação e desenvolvimento em Portugal, o número total de investigadores entre 2003 e 2009, mais do que duplicou registando um acréscimo de 126,8%. Em igual período as mulheres investigadoras tiveram um acréscimo de 120,3% (INE, 2012^a: 20). Mais de metade das mulheres em Portugal utiliza computador e acede regularmente à Internet. As mulheres com idade entre 16 e 74 anos, que em 2011, utilizou computador e Internet, foi de 55,5% e de 52,5%, respectivamente. A população feminina acompanhou a tendência crescente de uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), observada nos últimos dez anos, pois registou-se acréscimos significativos na utilização de computador (33,1%) e de Internet (37,7%), superiores aos observados para o total da população (30,8% e 35,9% respetivamente) (INE, 2012^a: 20).

As mulheres que têm escolaridade superior são as que têm mais participação no mercado de trabalho. A taxa de actividade das mulheres (15 e mais anos) foi de 55,2%, em 2011, valor inferior ao observado para a população total (61,3%). Esta diferença aumenta com a idade e torna-se particularmente notória nos escalões etários mais elevados. A taxa de actividade das mulheres com escolaridade superior aproxima-se do dobro da taxa de actividade das que possuem um nível de escolaridade até ao 3º ciclo do ensino básico (INE, 2012a: 21-22).

Em 2011, em Portugal, as mulheres empregadas eram aproximadamente 2,3 milhões, em que 83,0% trabalhava por conta de outrem, e destas 89,1% trabalhavam a tempo completo. Mais de um quinto das mulheres portuguesas 21,8% exercia uma profissão ao nível dos “*Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos*” e dos “*Especialistas das atividades intelectuais e científicas*”, proporção superior à verificada na população empregada total (20,4%). Na estrutura profissional das mulheres, destaca-se ainda o exercício de profissões como “*Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores*” (21,9%) e “*Trabalhadores não qualificados*” (18,4%). (INE, 2012a: 21-24). Neste período a taxa de desemprego feminino foi de 13,1%, o que é comparável com 12,7% para a população total. Verifica-se, que o fenómeno do desemprego afeta principalmente as mulheres mais jovens, do grupo etário 15-24 anos (31,7%), diminuindo a taxa de desemprego à medida que aumenta a idade das mulheres apresentando o valor mais baixo no grupo etário dos 45 aos 64 anos (9,4%). Não se observam diferenças assinaláveis na taxa de desemprego das mulheres que possuem até ao 3º ciclo do ensino básico e das que possuem ensino secundário ou pós-secundário. Porém as mulheres, com nível de ensino superior, apresentam uma taxa de desemprego mais baixa (8,7%), inferior à registada para a população total com igual nível

de ensino (9,2%). Em 2011 a população feminina desempregada, estimada em 340,1 mil mulheres, representava 48,2% da população. Mais de metade destas mulheres desempregadas encontrava-se em situação de desemprego de longa duração, em que 181,7 mil mulheres procuravam emprego há 12 e mais meses, ou seja, a sua taxa de desemprego era de 7,0%, superior à similar taxa para a população total com 6,8% (INE, 2012a: 26).

As maiorias das mulheres inativas são domésticas. As com 15 e mais anos totalizam 2 108,2 mil mulheres, que representam 60,3% da população inactiva total e uma taxa de inactividade de 44,8%, acima da observada para a população total (30,7%). Pelo contrário, a proporção de mulheres inativas reformadas (40,3%) e a de estudante (19,9%) é menor, por comparação com a população inactiva total, respectivamente 45,6% e 22,8% (INE, 2012a: 26)

Em Portugal, “o esforço de conciliação entre a vida familiar e a participação no mercado de trabalho é, ainda, uma prática prosseguida sobretudo pela população feminina. São as mulheres quem mais utiliza instrumentos de conciliação entre o trabalho e a família, como a redução do horário de trabalho, a interrupção de carreira e a licença parental. Os cuidados a menores e as pessoas dependentes são, também, assegurados essencialmente pelas mulheres. A existência de filhos, sobretudo em idades mais baixas, e o nível de escolaridade condicionam a participação feminina no mercado de trabalho” (INE, 2012a: 27).

No âmbito da harmonia da vida profissional e a vida familiar a adopção de práticas que promovam o equilíbrio, para ambos os sexos, não está ainda generalizada entre a população portuguesa. As medidas como a flexibilização do horário de trabalho ou a interrupção de carreira, ainda que pouco expressivas, são utilizadas sobretudo pelas mulheres (de acordo com os dados do módulo do Inquérito ao emprego realizado em 2010, relativo à conciliação da vida profissional com a vida familiar) (INE, 2012a).

Na sociedade portuguesa, em 2011, as mulheres revelam-se nos principais agentes na prestação de cuidados a menores e a pessoas dependentes (64,4%). Um total de 648,4 mil mulheres, com idades compreendidas entre 15 e 64 anos, que corresponde a 18,1% do total de mulheres deste grupo etário, prestava regularmente cuidados a crianças com menos de 15 anos, para além dos seus próprios filhos ou dos filhos do cônjuge, e a pessoas doentes, incapacitadas ou idosas (INE, 2012a). São as mulheres portuguesas que mais aderem à redução do horário de trabalho, à interrupção de carreira e à licença parental, mas esta prática está ainda longe de ser generalizada. Mais de metade das mulheres (56,2%), em 2011, dos 15 aos 64 anos, que trabalhava por conta de outrem, com um horário de trabalho diário fixo, afirmou ser possível reduzir o seu horário de trabalho diário, em pelo menos uma hora, por razões familiares, sem ter de recorrer a direitos concedidos por lei, mas 32,4% afirmou ter geralmente essa possibilidade e 23,8%

afirmou que raramente a tem. A maioria das mulheres (62,7%) refere não ter possibilidade de se ausentar do trabalho por dias completos, por razões familiares. Apenas 8,6% dos portugueses, no 2º trimestre de 2010, reduziram o horário de trabalho para dar assistência aos filhos, nomeadamente 13,2% das mulheres e 3,8% dos homens em iguais circunstâncias (indivíduos com a idade compreendida entre 15 e 64 anos, com pelo menos 1 filho, ou filho do cônjuge/companheiro (a), com menos de 8 anos, a residir no agregado familiar (INE, 2012^a: 29).

A situação da mulher ter acesso a um rendimento próprio concebe um tributo visível para o bolo do rendimento familiar (que conseqüentemente leva à invisibilidade do trabalho doméstico que a mulher realiza), proporciona-lhe uma maior parcela nas decisões familiares e amplifica as eventualidades de escolha e autodomínio sobre a sua própria vida, incluindo a possibilidade de ruptura de uma relação conjugal insatisfatória. Em contrapartida a mulher fica mais empoderada e capacitada para negociar com o cônjuge, pois sente-se mais protegida e fortalecida, facto que a beneficia em situação de delimitar uma partilha mais justa dos encargos e afazeres domésticos, colaborando para suavizar a sua situação de *'duplo emprego'* tradicionalmente sustentada pelas mulheres, quando desenvolvem uma atividade remunerada (INE, 2012^a: 29).

Para as mulheres portuguesas a idade dos filhos e a escolaridade condicionam a participação das mulheres na vida ativa, pois a composição familiar (medida pela existência ou não de ter filhos) e a escolaridade são variáveis que se revelam particularmente importantes na avaliação da probabilidade de participação das mulheres na vida ativa (INE, 2012^a: 29). O efeito da escolaridade na probabilidade de participar no mercado de trabalho é, também, particularmente notório nas mulheres, quanto maior o nível de ensino melhor são as possibilidades de participar na vida ativa do país.

Cada vez mais as mulheres portuguesas são praticantes de desporto. O número era de 127 948 mulheres, em 2010, que representou um aumento de 37,7% face ao ano de 2005. Contudo apesar do referido, as mulheres representam pouco mais de um quinto (24,6%) do total de praticantes deste tipo de atividades. As atividades desportivas mais praticadas no feminino foram, no ano de 2010, e por ordem decrescente: voleibol, basquetebol, andebol, ginástica, futebol e atletismo (INE, 2012 a: 32).

4.2. Tendências da Saúde da Mulher Portuguesa

O retrato das mulheres portuguesas revela que vão mais a consultas de ginecologia-obstetrícia e de saúde materna, embora o número de partos venha a diminuir e a idade das

parturientes a aumentar. “Na última década assistiu-se a um aumento de beneficiárias de prestações de desemprego e as mulheres, sobretudo as mais velhas, estão mais expostas ao risco de pobreza” (INE, 2012a: 7).

A gravidez e, mais propriamente a maternidade, são temas sobre os quais todas as pessoas sabem dizer algo, são assuntos polémicos, por relacionar um modelo ideal com as condições reais. Atualmente ocorrem mudanças relacionadas à mulher e à família, o modelo tradicional de mãe “dedicada” responsável e cuidadosa do lar, do esposo e dos filhos cede lugar a uma mãe trabalhadora, que além destes cuidados, soma a sua ajuda ou manutenção do sustento e das necessidades duma casa. Concomitantemente a gravidez é vivida muito próximo ao estado não gravídico, amparado por cuidados de saúde prestados por Enfermeiros e médicos cada vez mais especializados na área, a gravidez deixa de ser observada como patologia ou motivo de medos e fantasias, sinais e sintomas desagradáveis são prevenidos ou medicados.

Promover e prever são sempre as palavras de ordenação das políticas de saúde públicas e comunitárias que são dirigidas aos responsáveis dos mais diversos níveis de actuação de um país. Em Portugal, a partir dos anos 80, deu-se início a um processo de dinamização de atividades relacionadas com a saúde das mulheres e das crianças que trouxe positivas consequências a nível dos cuidados de saúde. A criação da Comissão Nacional da Saúde Materna e Infantil, atualmente com a designação de Comissão Nacional da Saúde Materna, Criança e do Adolescente, a implementação das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) de Saúde Materna e Neonatal (através do Despacho n.º6/91, de 28 de maio, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, reestruturado pelo Despacho n.º12917/98, de 27 de Junho, da Ministra da Saúde, que alargou o seu âmbito e competências à criança e adolescente), que ao longo do tempo têm pugnado pela articulação, coordenação e interligação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares (Despacho n.º 24/2012, de 17 de agosto, do Diretor-Geral da Saúde).

A Direcção-Geral da Saúde portuguesa tem procurado através de Circulares Informativas, Orientações ou Acções de Formação, estimular e induzir uma melhoria contínua dos cuidados prestados à mulher e à criança. Porém numa análise estatística das mulheres portuguesas entre 2001 e 2011, podemos recolher determinados dados, como o de verificar que as mulheres são mais e vivem mais tempo do que os homens, que casam e são mães mais velhas e de menos filhos, que continuam a assegurar a maioria das licenças de acompanhamento parental, que o risco de ser pobre e a taxa de privação material é maior para elas, que as mulheres reclusas são cada vez menos e que as mulheres vítimas de crimes cometidos contra outros são cada vez mais, que a sua principal causa de morte reside nas doenças do aparelho circulatório, que estão em maioria no ensino secundário e no ensino superior, que têm vindo a aderir às tecnologias de comunicação e

informação, que integram o mercado de trabalho mas são as que têm as taxas de desemprego mais elevadas, que continuam a ser as principais agentes na prestação de cuidados a outros. Estas mulheres têm que ter um atendimento de saúde específico, correlacionado com as especificidades intrínsecas ao seu corpo feminino e o seu desenvolvimento vital.

Os profissionais de saúde, designadamente os Enfermeiros que desempenham funções na área da Saúde da Mulher realizam uma abordagem holística à mulher no seu ciclo vital, fazem-no tendo em conta, o seu todo como ser indivisível que é (e como elemento dentro de uma estrutura social que o orienta e explica a sua ação), dado que para além de serem seus cuidadores são também seus educadores e defensores das demais pessoas que estão ao seu cuidado.

A assistência à maternidade engloba todos os aspectos relacionados com os fenómenos da reprodução como o Planeamento Familiar, Gravidez, Trabalho de Parto, Parto, Puerpério, e a assistência ao Recém-Nascido. Mas a assistência conferida à mulher é muito mais abrangente porque interessa-se pela mulher desde que é menina até que é maior, com mais idade, percorrendo o seu ciclo vital, cuidando do seu bem-estar e no equilíbrio da sua saúde promovendo-a e clarificando como prevenir as patologias específicas do género e as da população em geral.

O atendimento de enfermagem à mulher, abrange igualmente os factores intervenientes no equilíbrio da saúde da população em geral e, especificamente, das famílias em idade de procriar. Esta atenção baseia-se em conhecimentos da evidência científica que englobam, tanto as condições normais quanto as patológicas e reconhece os efeitos que as condições de vida e saúde exercem sobre a maternidade. (Tharpe, Farley, 2009; Alexander., 2007; Sherwen; Scoloveno e Weingarten, 1999).

No período compreendido entre 2002 e 2010 verificou-se um crescimento ligeiro, de 2,0%, no número de consultas de Ginecologia-Obstetrícia versus um crescimento significativo, de 24,0%, no número de consultas de Saúde Materna, nos centros de saúde portugueses (INE, 2012 a: 8). No mesmo período temporal, o número de médicas e de enfermeiras ao serviço nos centros de saúde e hospitais portugueses aumentou cerca de 21% para as médicas e 29% para as enfermeiras respectivamente. Desde o ano de 2006 que o número de médicas ao serviço nos hospitais e centros de saúde (14 444) passou a ser superior ao de médicos (13 592), tendo vindo a consolidar-se essa tendência nos últimos anos. As enfermeiras ao serviço nos hospitais e centros de saúde representaram, anualmente, cerca de 82% do total de pessoal de enfermagem, no período 2002-2010 (INE, 2012 a: 8).

A taxa de fecundidade geral em 2011 foi de 38,7%, valor que decresceu em relação ao ano de 2001 em que foi de 43,2, (simultaneamente verificou-se uma diminuição do número de

mulheres nos grupos etários mais jovens: 5,0% no grupo etário dos menores de 15 anos, e 22,4% no grupo etário dos 15 aos 24 anos, enquanto que nos restantes grupos etários ocorreram aumentos, disposição que tem conduzido para o envelhecimento da população portuguesa), (INE, 2012, b) situação que, pode dever-se ao facto de as mulheres optarem por ter os seus filhos numa idade mais tardia. A idade média das mulheres ao nascimento do primeiro filho era de 28,9 anos em 2010, traduzindo um adiamento da maternidade de 2,4 anos face a 2000 (INE, 2012 b: 8). Desta forma as mulheres não são só mães cada vez mais tarde, como têm cada vez um menor número de filhos: em 2010, cada mulher teve, em média 1,4 crianças; em 2000 essa média era de 1,6 crianças.

4.3. Questões Sociopolíticas na Conjugalidade e Parentalidade

O adiamento do casamento e da maternidade, bem como a redução do número de filhos por mulher, reflectem, entre outros factores, as alterações que se têm produzido ao longo da última década, no que diz respeito ao nível da escolaridade, à inserção profissional, e à consolidação de novos paradigmas de conjugalidade e parentalidade. A estas podem-se acrescentar as dificuldades socioeconómicas que o país atravessa e não motivadoras para assumir um (ou mais um) filho. Assim, o número anual de partos decresceu ao longo da primeira década do século XXI, tendo passado de 111 616 em 2003 para 100 280 partos em 2010, assim como a estrutura etária das parturientes (designação que se dá à mulher que está em trabalho de parto ou que pariu até ao final do puerpério tardio, que perdura até às 6 semanas após o parto) alterou-se, deixando de ser o grupo etário do 25 aos 29 anos para passar a ser o grupo dos 30 aos 34 anos (34,6% em 2010), o de mais parturientes.

Em Portugal, a introdução da Lei 16/2007 de 17 de Abril sobre a exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez, provocou um aumento significativo no número de interrupções voluntárias de gravidez (IVG). O cálculo dos registos de IVG, passou de 4.325 em 2007, para 17.277 em 2010. As interrupções, legalmente realizadas em ambiente hospitalar, em Portugal, cresceram entre 2000 e 2009, contudo registou-se um seu decréscimo de 3,7%, em 2010, relativamente ao ano anterior (INE, 2012,a). De acordo com a lei, a IVG é legal desde que: constitua o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida; se mostre indicado para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida, e seja realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez; haja seguros motivos para prever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos

inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo; a gravidez tenha resultado de um crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas de gravidez; por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

Na última década assistiu-se a um aumento de beneficiárias de prestações de desemprego. “*As mulheres, sobretudo as mais velhas, estão mais expostas ao risco de pobreza*” (INE, 2012a:7). Embora mais tardiamente, do que em outros países ocidentais, a diminuição da fecundidade em Portugal acentuou-se nas últimas décadas (INE, 2008), especificamente na década de 60 os níveis de fecundidade das mulheres era de 94,9 em cada 1000, na década de 70 passou a ser de 86,7 em cada 1000, na década de 80 (1981) passou a 64,6 por cada 1000, em 1991 passou a 47,2 por cada 1000 e em 1998 estava em 44,0 por cada 1000. Assim, no início do século XXI, Portugal pertence ao conjunto de países que apresentam os mais baixos níveis de fecundidade na Europa (Kohler *et al.*, 2002), logo é um dos países europeus que apresenta níveis de fecundidade abaixo do nível (2,10), considerado mínimo necessário, para substituir as gerações. Paralelamente o número de crianças do sexo feminino que nascem não é suficiente para assegurar a substituição das mães [nos anos 90, a média por mulher não chegava a uma (0,7) criança do sexo feminino] (INE, 1997; INE, 1999).

As mulheres portuguesas asseguram a maior parte das licenças de acompanhamento parental, quer nos primeiros meses de vida das crianças, quer em situação de adopção e assistência. Após a entrada em vigor do novo regime de protecção social na parentalidade (maio de 2009) verifica-se que em 2010 as mulheres representavam 57,7% dos beneficiários de licença parental inicial e 82,6% dos beneficiários de licença parental alargada, o que traduz uma crescente participação paterna no cuidar do recém-nascido. Interessa realçar que as mulheres, avós, podem faltar para dar assistência ao neto, em alternativa aos pais, atribuídas em situações como a de a mãe ter menos de 16 anos e viver ainda no agregado familiar paterno, ou no caso de incapacidade ou doença crónica do neto.

MULHER EM PORTUGAL

<i>Introdução</i>	103
5.1. <i>Morbilidade e Mortalidade nas Mulheres Portuguesas.</i>	103
5.2. <i>Mortalidade Materna.</i>	110
5.3. <i>Cancros Femininos.</i>	114
5.3.1. <i>Cancro da mama.</i>	117
5.3.2. <i>Cancro do colo do útero.</i>	122
5.3.3. <i>Cancro coloretal.</i>	130
5.3.4. <i>Cancros do sistema respiratório.</i>	131
5.4. <i>Síndrome de Imunodeficiência Adquirida</i>	133
5.5. <i>Hepatite e Cirrose</i>	134
5.6. <i>Tuberculose</i>	135
5.7. <i>Outras Perturbações Frequentes nas Mulheres.</i>	136
5.8. <i>Educação para a Saúde.</i>	152

“As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte em Portugal, sendo as taxas de mortalidade superiores nas mulheres”.

(INE, 2012a: 10).

Introdução

O presente capítulo apresenta um enquadramento teórico sobre a mulher enquanto foco de atenção cuidativa em Enfermagem, evidenciando situações de morbilidade e mortalidade das mulheres portuguesas, incidindo na caracterização das causas de mortalidade materna e dos cancros que mais afetam a mulher portuguesa.

Outras doenças são áreas de atenção pela sua incidência, como a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, a tuberculose, a hepatite e cirrose. Considerou-se abranger outras disposições patológicas ou não que frequentemente afetam a mulher portuguesa. Algumas correlacionam-se como é o caso da osteoporose que advém de vários factores, como a obesidade/comportamento alimentar, mas que não se dissocia do climatério, assim como a toxicodependência está muito relacionada com problemas mentais e alimentares. A questão da violência dirigida à mulher é outra faceta considerada assim como os acidentes quer eles sejam domésticos, profissionais ou de viação.

O suicídio na mulher é outra perturbação que afeta frequentemente a mulher e possui características específicas.

Todos os temas em apreciação neste capítulo estão relacionados com a mulher portuguesa e são focos de atenção em enfermagem e podem usufruir dos benefícios da educação para a saúde realizada pelos Enfermeiros, tema que se considerou pertinente incluir neste enquadramento teórico.

5.1. Morbilidade e Mortalidade nas Mulheres Portuguesas

Em termos históricos as mulheres sempre apresentaram maiores taxas de mortalidade em relação aos homens, expressamente nas idades jovens e na idade reprodutiva (Lopez, 1984). As diferenças de mortalidade existentes entre mulheres e homens mostram ser maior nas mulheres casadas em relação às solteiras e que o inverso acontecia no género masculino, o que leva à associação da mortalidade das mulheres com o seu estatuto familiar desfavorecido e com os problemas decorrentes da maternidade (Saurel-Cubizolles, 1996). Contudo, face a estes factos,

novos olhares em relação ao género como factor associado à saúde/doença começaram a ser desenvolvidas nos anos 70, deles atestou-se o absurdo que consiste na maior longevidade das mulheres, pois verificaram-se taxas de mortalidade, em todas as idades, menores de que as dos homens, o que levou a supor, para as mulheres, uma melhor saúde relativa. Declinou-se que, concomitantemente, para as mulheres havia maior morbilidade, logo mais sintomas, mais utilização dos recursos de saúde, um aumento do consumo de medicamentos, enfim uma pior saúde ao longo da sua vida. As interpretações dadas a este manifesto paradoxo constituíram-se em torno do raciocínio de que o género é estruturador das oportunidades e posições sociais ao longo da vida, e que estas estão relacionadas com os estilos de vida adoptados, que justificam os diferentes níveis e comportamentos perante a situação de saúde/doença (Kawachi et al., 1998). A vulnerabilidade do género feminino frente a determinadas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação presente na sociedade do que com factores biológicos.

A morbilidade e mortalidade de género, em Portugal, revelam as mesmas características que na União Europeia e, em geral, nos países desenvolvidos. Para dados de 2008, as principais causas de morte da mulher portuguesa, num total de 48 620 óbitos de mulheres, foram as doenças do aparelho circulatório, com 18 803 óbitos, que representam 46,2% de todas as mortes. Os óbitos de mulheres por cancro, representaram 16,9% de todas as mortes femininas (DGS, 2008).

Durante o primeiro ano de vida é consideravelmente alta a probabilidade de morrer, tão elevada como para o fim da idade adulta, entre os 55 e 64 anos. Contudo, passado o primeiro ano de vida, é na infância que é menor o risco de morrer. Situação que só vai aumentar a partir do fim da infância, aumentando ao longo das idades até aos 55-64 anos (Silva e Alves, 2003: 30).

No decurso civilizacional da humanidade pode-se apurar que a cada época corresponde diferentes causas de morte. Atualmente, se se pensar na fase em que se encontram as sociedades desenvolvidas verifica-se que *“foram vencidas as doenças infecciosas, a mortalidade materna e a mortalidade infantil relacionadas com a insuficiente alimentação, a falta de higiene e as más condições gerais”* (Silva, 2003: 71). A este propósito muito contribuiu o desenvolvimento das vacinas e dos antibióticos e na sua sequência identifica-se um aumento na esperança média de vida das pessoas.

Presentemente, a etiqueta dos agentes ambientais está constantemente presente nas patologias de que se morre, ou de que se vive cronicamente. O estilo de vida adoptado pelas pessoas, articulado com a alimentação, desadequadamente abundante e concebida com recurso a tecnologias que são difíceis de controlar, associado ao uso maciço de medicamentos nas pessoas e

nos animais, tem vindo a gerar resistências aos agentes microbianos. A poluição e as alterações climáticas também procriam reacções causadoras de transmissão de doenças e novas patologias emergem, cuja causa e tratamento são um enigma (Tarkowski, 2009; Friis, 2004; Last, 1987).

Analisando grosseiramente constata-se que as mulheres morrem das mesmas causas que os homens, nomeadamente de doenças do sistema circulatório, cancros, doenças do sistema respiratório e acidentes. Contudo, as mulheres mostram-se favorecidas em questão de mortalidade ou morbidade em relação ao seu congénere homem e talvez esse facto possa dever-se “à sua menor integração nas estruturas da sociedade industrial” (Silva, 2003: 72). Situação que pode estar a ser alterada porque assiste-se recentemente ao aumento de diversas taxas de mortalidade e cuja causa pode estar, aparentemente, na atual maior integração da mulher nas estruturas e hábitos da sociedade industrial, designadamente numa relação de mercado de trabalho com o stresse e sedentarismo, a condução automóvel com os acidentes, a diminuição da natalidade com os cancros do aparelho reprodutivo, o hábito tabágico com o cancro do pulmão, a liberalização dos comportamentos com a infeção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Silva, 2003).

Os dados provisórios recolhidos em 2010 para a União Europeia dos 27 (UE-27) relacionados com as causas de morte mostram que as doenças do sistema circulatório e o cancro (especificamente na mulher o cancro da mama e o cancro do útero) são as principais causas de morte, como se pode observar no Quadro nº 3, que apresenta para Portugal uma taxa de mortalidade (TM)¹² de 173,8 (em cada 100.000 habitantes) nas doenças do sistema circulatório e uma TM de 40,8 (em cada 100 000 habitantes) por isquemia cardíaca. Em Portugal, a patologia cardiovascular foi responsável por cerca de 40% dos óbitos nos últimos anos da década de 90 e início do novo século (INE, 2003).

¹² A Taxa de Mortalidade refere-se à quantidade de mortes registadas por mil habitantes numa determinada região num determinado tempo. Normalmente, é expressa em unidades de morte por 1000 pessoas ao ano.

	Total						Females		
	Circulatory disease	Heart disease (2)	Cancer (3)	Lung cancer (4)	Colo-rectal cancer	Respiratory disease	Transport accidents	Breast cancer	Cancer of the uterus
EU-27	209.9	76.5	166.9	38.4	18.7	41.2	6.5	22.6	7.2
Belgium	182.7	59.5	170.1	45.7	17.7	60.2	10.0	28.3	6.1
Bulgaria	621.7	114.3	156.4	36.2	21.6	38.2	9.1	19.4	13.7
Czech Republic	344.0	161.8	195.5	41.5	26.5	41.0	8.1	20.6	9.8
Denmark	159.5	59.8	188.9	48.2	23.8	66.5	5.5	28.9	5.7
Germany	208.7	80.9	158.6	34.3	17.7	37.0	4.4	24.0	5.5
Estonia	423.6	204.8	187.3	35.5	21.1	23.9	8.1	22.1	9.9
Ireland	178.2	91.2	169.6	37.1	19.3	60.3	4.2	26.2	7.4
Greece	228.9	62.1	149.0	39.3	12.1	49.1	11.8	25.2	6.2
Spain	137.8	43.8	152.4	36.1	20.5	45.2	5.1	17.7	5.9
France	119.5	32.1	164.7	37.0	16.6	27.6	6.9	23.6	6.2
Italy	167.7	57.4	159.9	34.9	17.0	29.4	7.4	23.0	5.2
Cyprus	194.4	70.7	123.1	25.0	10.0	39.4	10.5	21.5	4.2
Latvia	477.6	248.9	193.9	36.3	20.6	22.3	10.8	23.7	16.7
Lithuania	496.8	305.1	190.5	37.1	21.8	35.7	12.8	24.2	14.3
Luxembourg	167.3	45.2	156.9	33.8	18.4	36.5	4.8	25.5	5.0
Hungary	418.7	215.1	238.8	71.3	34.4	42.5	8.9	25.0	10.2
Malta	189.4	106.7	151.7	29.8	19.1	47.2	3.6	25.8	6.3
Netherlands	146.7	40.6	182.8	46.3	21.4	48.1	3.9	26.8	5.1
Austria	213.0	97.8	157.9	32.6	16.4	28.3	6.9	22.8	6.2
Poland	336.9	90.6	186.5	59.1	22.3	38.2	11.0	16.8	11.8
Portugal	173.8	40.8	156.5	27.3	22.3	59.5	8.3	20.0	7.5
Romania	548.4	188.8	181.4	42.3	19.5	50.6	15.1	22.6	17.4
Slovenia	218.7	63.6	196.2	41.9	25.6	32.4	7.1	24.8	7.8
Slovakia	443.8	263.0	197.2	37.6	28.1	52.4	8.9	22.0	11.7
Finland	213.6	120.7	138.5	27.5	13.1	21.3	5.9	21.2	5.2
Sweden	186.9	83.7	144.8	25.1	17.2	30.7	3.8	19.1	6.4
United Kingdom	164.4	77.3	170.6	39.6	16.8	67.7	3.4	24.5	6.2
Iceland	172.7	83.2	155.9	38.0	17.1	42.3	4.2	20.1	2.7
Norway	157.6	65.9	156.4	33.5	22.1	49.4	5.2	19.0	6.4
Switzerland	146.3	57.2	138.3	29.5	14.3	25.5	4.0	28.1	5.4
Croatia	372.6	165.0	211.9	48.8	29.0	28.1	10.3	27.6	10.0
FYR of Macedonia	566.4	89.7	173.8	42.5	18.8	33.4	7.2	23.7	10.5

(1) Denmark, France, Italy, Romania and Iceland, 2009; Belgium, 2006.

(2) Ischaemic heart diseases.

(3) Malignant neoplasms.

(4) Malignant neoplasm of larynx, trachea, bronchus and lung.

Source: Eurostat (online data code: hth_cd_asdr)

Quadro nº 3. Causas de morte – taxa de mortalidade padrão, 2010 por 100 000 habitantes (Eurostat em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics/pt).

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade na vida adulta, com maior relevo nas mulheres que nos homens (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2005). Segundo a informação Eurostat (da Comissão Europeia, Setembro, 2012), as doenças do sistema circulatório abrangem as patologias relacionadas com a hipertensão arterial, com o colesterol, com a diabetes e o com o tabagismo, mas que as que causam mais mortalidade são as isquemias cardíacas (que no ano de 2010, causaram 76,5 mortes por 100 000 habitantes da EU-27) e as doenças vasculares cerebrais. A Estónia, a Letónia e Lituânia (Estados Membros do Báltico), a Eslováquia e a Hungria são os países que apresentam as mais elevadas taxas de mortalidade por isquemias cardíacas (apresentaram mais de 200 óbitos por 100 000 habitantes em 2010). Em Portugal, Espanha, França, Holanda e Luxemburgo apresentam uma taxa de 50 óbitos por 100 000 habitantes no ano de 2010).

Desde a década de setenta que a mortalidade feminina por doenças cerebrovasculares tem diminuído em todos os países da EU. Segundo a Commission Européenne Emploi et Affaires Sociales (1997) constatou-se -43% de incidências entre 1970 e 1992, sendo essa diminuição ainda maior (-54%) nas mulheres com menos de 65 anos. Em Portugal a diminuição mencionada também se verifica, embora de forma menos acentuada (-26,3% na TM global e -30,3% na TM das mulheres com menos de 65 anos).

Segundo o relatório da OMS (WHO, 2004), a mortalidade por causa cardiovascular é sobretudo devida à doença cardíaca isquémica, seguida da doença vascular cerebral e da hipertensão arterial, sendo o contributo destas patologias para a TM total é relativamente maior nas mulheres (31,7% da mortalidade total) que nos homens (27,2% da mortalidade total).

Portugal inclui-se no grupo dos países do Sul da Europa que têm as taxas globais de mortalidade feminina por doenças cerebrovasculares superiores às taxas de mortalidade por doenças cardíacas isquémicas. Para dados de 1997, verificaram-se 240,6 mortes de mulheres por doença cerebrovascular contra 81,6 mortes por doença cardíaca isquémica (por cada 100 000 habitantes), situação que teve uma apresentação relacional inversa nos países do Norte da Europa (Silva, 2003). Disposição que se vem mantendo, pois em dados de 2003, a maior parte da mortalidade por doença do sistema cardiovascular deveu-se a doença cerebrovascular - acidente vascular cerebral (182,4% por 100 000 habitantes) (INE, 2003). Nesse ano, em Portugal, morreram 22 604 mulheres por doença cardiovascular o que indica que, em média, a cada 23 minutos morreu uma mulher por essa patologia (American Heart Association, 2003).

Em 2003, a TM por cancro da mama na mulher, a principal causa de morte por cancro neste sexo, foi de 28,8% por cada 100 000 habitantes. As doenças cardiovasculares ultrapassam o cancro como causa de morte nas mulheres a partir dos 55 anos de idade. Em Portugal, a esperança de vida à nascença foi, no ano de 2003, de 74 anos para os homens e 81 anos para as mulheres (WHO, 2005; INE, 2003).

Mediante o portal da American Heart Association verifica-se, estatisticamente, que a TM cardiovascular aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos. Nos últimos vinte ou mais anos, a situação de morte por patologia cardiovascular tem vindo a decrescer gradativa e progressivamente nos homens, mas no sexo feminino tem-se mantido relativamente constante.

Em 2005, a empresa de fármacos Pfizer efectuou um inquérito telefónico, a 402 mulheres com pelo menos 40 anos de idade e residentes em Portugal continental, que concluiu que entre o cancro da mama, os valores do colesterol aumentados e a hipertensão arterial, 44% das mulheres referiu preocupar-se mais com o primeiro, enquanto apenas 16% se preocupava com os níveis de colesterol e os restantes 16% com a hipertensão arterial. Mais se identificou que embora 71% das mulheres inquiridas refiram fazer periodicamente o doseamento do colesterol plasmático, apenas 32% tinha conhecimento do resultado do doseamento. Pelo contrário a consciência relativamente à hipertensão arterial é maior, pois 86% das mulheres inquiridas medem periodicamente a pressão arterial e 79% tinham conhecimento dos valores registados.

Importa referir que a arteriosclerose tem início numa fase prematura da vida e que, por essa razão, embora as doenças cardiovasculares ocorram cerca de uma década mais tarde nas mulheres em relação aos homens (devido em grande parte por usufruir dos estrogénicos ováricos endógenos antes da instalação da menopausa), a prevenção cardiovascular na mulher, assim como no homem, deve iniciar-se precocemente.

Normalmente existe uma associação de vários factores de risco cardiovascular na mesma pessoa, mas o risco cardiovascular global é superior à soma dos riscos atribuíveis a cada um dos factores de risco. Destes a associação mais afirmada é a designada por síndrome metabólica (obesidade abdominal, propensão para hipertensão arterial, hiperlipidemia e resistência à insulina). É certo que o estilo de vida do século XXI, caracterizado pelo sedentarismo, consumo de comidas previamente confeccionadas e de elevado teor calórico, esclarece a sua elevada prevalência. As pessoas com síndrome metabólica têm lesões ateroscleróticas mais vulneráveis à rotura, ao enfarte agudo do miocárdio, clinicamente significativo, em vez de resolver por cicatrização assintomática. A prevalência da síndrome metabólica é particularmente elevada nas mulheres de meia-idade que sofrem um evento cardiovascular (Knopp, 2002). Situação que elucida como é possível, na mulher, ocorrer um evento cardiovascular numa idade prematura, nomeadamente, numa fase da vida em que ela se deveria encontrar, naturalmente, mais protegida que o homem.

Não se deve descurar o uso de anticoncepcionais orais que contém estrogénios que potenciam significativamente o risco de acidente cardiovascular cerebral isquémico nas mulheres que são fumadoras. E a mesma situação se repete para as mulheres com hipertensão arterial ou naquelas com idade superior a 35 anos de idade (Brass, 2004).

As manifestações clínicas de doença cardiovascular na mulher pode ter diversas manifestações, dependendo da região vascular que fica afetada, Desta forma, na circulação cerebral as manifestações de trombose arterial incluem o acidente vascular cerebral e o acidente isquémico transitório. A doença provocada por isquemia aterosclerótica surge silenciosa e revela-se numa angina de peito instável, em síndrome coronária aguda, enfarte do miocárdio ou morte súbita. O prognóstico do acidente vascular cerebral isquémico é pior nas mulheres que nos homens. A mortalidade precoce e a médio prazo após um acidente vascular cerebral. A dependência dos sobreviventes a um acidente vascular cerebral isquémico é maior no sexo feminino (Di Carlos, 2003; Niewada, 2005).

A determinação do nível do risco cardiovascular individual, tendo em conta o género, é essencial aquando da observação objectiva e física da pessoa, pois denota-se essencial para orientar a intensidade e a decisão do tipo de intervenção, se necessitar. Deste modo os

profissionais de saúde devem estar atentos a todos os factores interveniente, sexo do indivíduo e nível do risco para atuar em conformidade. Contudo, o valor das estratégias de prevenção cardiovascular deve ser o ponto de partida, que até tem a seu favor o ser realizada similarmente para os dois sexos (Mosca, 2000). A promoção da abstinência tabágica, o controlo do peso corporal e a prática regular de exercício físico estão indicadas em ambos os sexos. As recomendações para a redução do colesterol são iguais para os dois sexos e a eficácia dos fármacos hipolipemiantes é similar. Igualmente são as recomendações para o tratamento da hipertensão arterial e os benefícios do controlo da tensão arterial pela terapêutica farmacológica semelhante e o mesmo se passa para a presença de diabetes mellitus. Assim, relativamente à terapêutica hormonal de substituição depois da menopausa, está provado que as associações de estrogénio e progesterona não reduzem o risco cardiovascular, nem em prevenção primária, nem em prevenção secundária (Mosca 2004). Este autor, no seu estudo objetivou avaliar: 1) o conhecimento dos riscos de doença cardíaca e acidente vascular cerebral; 2) as percepções de doença cardíaca e sua prevenção entre as mulheres nos Estados Unidos. Concluiu que: (1) a maioria das mulheres não percebe que a doença cardíaca é uma preocupação de saúde substancial (o que revela que as mulheres não estão bem informadas sobre o seu risco); (2) a idade da mulher influenciou o seu conhecimento em relação aos riscos (revela que as mais jovens têm mais acesso ao conhecimento, como via online); (3) é necessário implementar programas/estratégias voltadas para as mulheres jovens que abordem os efeitos de comportamentos de vida sobre a saúde a longo prazo; é necessário existir uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde, Enfermeiros e médicos com as pessoas de quem cuidam.

A população portuguesa, especialmente os profissionais de saúde, devem ter consciência que a Taxa de Mortalidade Materna (TMM)¹³ das mulheres portuguesas situa-se atualmente em valores intermédios em relação aos outros países da União Europeia (Silva, 2003:55) e que Portugal se comprometeu na redução desta TMM através do 5º Objetivo do Milénio – ODM: melhorar a saúde materna, no país e no mundo.

A alegria da maternidade pode ser interrompida pela presença de riscos que colocam em causa o equilíbrio e a saúde da mulher, podendo levar à sua morte, devido a complicações relacionadas com a gravidez, o parto ou o pós-parto que perdura até seis semanas após o nascimento, para além das doenças/infecções a que a mulher pode estar exposta e que a podem lesar tornando-a fisicamente diminuída. Com a campanha “Nenhuma mulher deve morrer por dar vida”, que é uma iniciativa conjunta do Governo Português, com o apoio institucional do Fundo

¹³ Refere-se ao número de óbitos de mulheres devido a complicações decorrentes da gravidez, parto e do puerpério observados durante um determinado tempo/normalmente um ano civil. Expressa-se em n.ºs de óbitos de mulheres por 100 000 nados vivos/nascimentos totais.

das Nações Unidas para a População (UNFPA), em parceria com a Organização Não Governamental (ONG) Associação para o Planeamento da Família, a Campanha dos ODM e o Banco Caixa Geral de Depósitos objectiva-se reforçar o envolvimento do estado português no aumento da consciencialização dos cidadãos portugueses, para o exercício de cidadania e solidariedade que uma boa consecução dos ODM exige. Ao consciencializar a população portuguesa sobre a situação dos países lusófonos, através de focagem em escolas, a campanha procura contribuir para a informação e educação para o desenvolvimento dos rapazes e raparigas portuguesas, numa perspectiva de Cidadania e Direitos Humanos, para além de alertar os cidadãos para a sua própria informação e educação, visando a melhoria do 5º ODM, optimiza-se a saúde materna e promove-se uma TMM mais reduzida.

5.2. Mortalidade Materna

A mortalidade materna refere-se aos óbitos, num determinado ano, em que a causa é circunscrita por, ou relacionada com, a gravidez ou o parto (incluindo os 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez). Resulta na identificação da TMM que consiste no número de mortes de mulheres por 100 000 nascidos vivos (excluindo as causas acidentais ou incidentais). Tal como a Taxa da Mortalidade Infantil (TMI)¹⁴, também a TMM constitui um dos indicadores de desenvolvimento do PNUD, pois espelha as situações de vida socioeconómicas e culturais das mulheres/mães.

As reduções das taxas de morbilidade e mortalidade materna e perinatal consideram-se Indicadores de Saúde da população, mas também é a revelação manifesta da melhoria do nível socioeconómico e da qualidade dos cuidados de Saúde Obstétricos de um país (DGS, 2005a). O rácio de mortalidade materna reflete as diferenças existentes entre os países desenvolvidos e os países em vias de desenvolvimento (Graham, 2002 & WHO, 2010).

Vários países industrializados comprovaram uma descida acentuada da TMM ao longo do século XX (Högberg, 1986; Lang, 2008). Porém, ainda nos dias de hoje se verifica em alguns países em desenvolvimento uma elevada TM feminina, principalmente nas idades jovens, a qual continua a dever-se a causas relacionadas com a maternidade e ao seu estatuto social e cultural, situação responsável por práticas discriminatórias que se repercutem na saúde, designadamente

¹⁴ A Taxa de Mortalidade Infantil consiste no número de mortes de crianças menores de um ano de idade em um determinado ano por 1000 nascidos vivos no mesmo ano. Ele inclui a TM total e as mortes por sexo, masculino e feminino (Index Mundi, 2013).

são jovens cuja alimentação é deficitária e os cuidados de saúde são para além de menores, tardiamente prestados (Lopez, 1984; Gomez, 1993).

A gradual acessibilidade aliada à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde à grávida (cuidados obstétricos, prestados por profissionais de enfermagem ou médicos com formação na área da obstetrícia), associados à implementação do Sistema Nacional de Saúde e do Programa de Saúde Materno-Infantil dos anos 80 que supunha um acesso fácil, gratuito e universal aos cuidados pré-natais, à assistência ao parto (parto hospitalar) e às consultas de planeamento familiar. Neste contexto, a OMS, no ano dois mil, definiu como objetivo para o Milénio a redução de três quartos do rácio de mortalidade materna mundial entre 1990 e 2015, pelo que globalmente todos os países foram despertados a desenvolverem mecanismos que visassem uma vigilância epidemiológica mais eficaz (Graham, 2008). *“Atualmente na União Europeia, a mortalidade materna é muito reduzida, tendo registado um decréscimo relevante nas décadas mais recentes”* (Silva, 2003: 54).

Campos e Neves (2013), no seu estudo sobre a mortalidade materna em Portugal desde 1929, verificaram que, há oitenta anos, cerca de uma em cada 200 mulheres (o que corresponde a 500 mulheres em cada 100 mil), falecia devido a complicações associadas ao estado gravídico puerperal, e que nos dias de hoje esse valor é substancialmente (100 vezes) menor (o que corresponde a 5 mulheres em cada 100 mil). Segundo o estudo, houve uma diminuição acentuada da mortalidade materna nas décadas de 1930 e 1940, que se deveu, sobretudo, à generalização dos antibióticos e à realização de transfusões de sangue com uma técnica mais segura. Estes autores apelam alertando as novas gerações que não desvalorizem os progressos atingidos nestas 8 décadas, não só no que concerne à mulher, mas também à mortalidade perinatal, que nos coloca entre os países do Mundo com melhores cuidados de saúde ao feto e ao recém-nascido.

A TMM das mulheres portuguesas, em 2008, foi de 7 óbitos, diminuindo 0,6 mulher em comparação com o ano de 1995 e 2,7 mulher 1985-89, valores decrescentes que se assemelham à de outros países em que os valores se mantiveram muito elevados até mais tarde. Em Portugal a TMM começou a decrescer particularmente nos anos setenta, pois em 1960 a TMM era de 115,5 mulheres por 100 000 nascidos vivos. Em 2010 a TMM portuguesa situava-se em 7,9 óbitos por cada 100 000 nascidos vivos, valores intermédios em relação a alguns países da União Europeia, como se pode verificar no Quadro nº4

Ano			
País	1985-89	1995*	2010
Portugal **	10,7	8,4	7,9
Espanha	4,7	3,5	6
França	10,1	10,7	8
Holanda	7	7,3	5
Reino Unido	6,9	6,1	12
Suécia	5,6	3,9	4

Legenda:

* Dados de 1995 excepto Espanha e França (Central Intelligence Agency, 1994)

** Dados de Portugal de Fontes/Entidades: INE-DGS/MS

Quadro nº 4. Mortalidade Materna em alguns países da União Europeia, por 100 000 nados vivos. (Adaptado de: Silva e Alves, 2003: 54).

Na leitura sobre as causas de morte materna das mulheres portuguesas, constata-se que as causas residem em complicações decorrentes do parto, nomeadamente durante o puerpério (9,47), que é a causa mais constante de morte. Com valores mais baixos, outras causas se seguem como: hemorragia na gravidez e no parto (2,63); outras complicações da gravidez terminada em aborto, ou consecutivas ao aborto, ou ainda à gravidez ectópica ou molar (1,93); outras complicações principalmente ligadas com a gravidez, parto e trabalho de parto (1,40); toxémia gravídica (1,05); aborto induzido sem indicações admitidas legalmente (0,70); aborto induzido por indicações admitidas legalmente (0,18) e causas obstétricas indirectas (0,18) (INE, 1997). A finalidade política, e na intervenção de cada profissional de saúde que destas mulheres cuida, deve visar a redução destes valores da TM das mulheres portuguesas devidas a situações relacionadas com a maternidade.

Porque se sabe que a mortalidade da mulher por complicações da gravidez, do parto e do puerpério é quase sempre causada pela inadequada e/ou tardia assistência médica (Fernandes, 2007: 23) ou de enfermagem, importa investir na existência de uma (mais) adequada vigilância de saúde obstétrica, realizada por profissionais de saúde habilitados (médicos obstetras e Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/ parteiras), coordenados em equipa e tutelados por um plano de intervenção que objective a redução da TMM em todos os países, aos quais Portugal não é exclusão.

Em Portugal a recolha dos dados para a realização estatística não separa as causas de morte que atualmente não são quantificáveis, que é o caso das mortes devidas a abortamentos que são contadas juntamente com as situações de gravidez ectópica e de gravidez molar. Segundo Calado (1998), o aborto clandestino foi responsável por um terço das mortes maternas em 1995 e 1996. Embora a interrupção voluntária da gravidez - IVG, até a décima semana de gravidez já seja uma realidade legal desde 2007, não deixa de ser relevante existir a monitorização da

mortalidade materna, de forma a serem apuradas as causas específicas que levaram aos óbitos maternos, não as agrupando como se pode verificar no Quadro nº 5 sobre a Mortalidade Materna, suas principais causas em Portugal no quadriênio 1990-94, por 100.000 nados-vivos.

A melhor assistência médica e/ou de enfermagem durante a gravidez, parto e puerpério, juntamente com a realização do parto em contexto hospitalar levou à consequência do decréscimo da mortalidade materna das mulheres portuguesas. O que é visível quando se verifica que dum total de 112 490 partos em 1997, morreram seis mulheres, sabendo que 98,8% dos partos ocorreram em contexto hospitalar (destes 99,5% foram assistidos por médicos e/ou Enfermeiros) (DGS, 2000), e que na década anterior as mortes maternas tinham sido 16, num total de 123.480 partos, em que 90% ocorreram em hospital (destes 96,8% foram assistidos por médicos e/ou Enfermeiros) (Silva, 2003: 56).

Causas	Taxa
Todas as causas.	9,47
Complicações do puerpério.	2,64
Hemorragia da gravidez e no parto.	1,93
Outras complicações da gravidez terminada em aborto, consecutivas ao aborto e à gravidez ectópica e molar.	1,40
Outras complicações principalmente ligadas com a gravidez, parto e trabalho de parto.	1,40
Toxémia gravídica.	1,05
Aborto induzido sem indicações admitidas legalmente.	0,70
Aborto induzido por indicações admitidas legalmente.	0,18
Causas obstétricas indiretas.	0,18

Quadro nº 5. Mortalidade Materna, principais causas, Portugal, 1990-94, por 100.000 nados-vivos. (Adaptado de Silva, 2003: 55, cujas fontes: 1993 World Health Statistics; INE, Estatísticas Demográficas 1990-94; INE, Estatísticas da Saúde 1990-94).

No Inquérito Nacional às Incapacidades, Deficiências e Desvantagens – resultados globais (1996), português, como exemplo do descuido pelo não registo adequado, os dados apresentados são simplesmente expositivos, não sendo realizado nenhum cruzamento entre as variáveis sexo e idade, não possibilitam que se conheça a interpretação do ponto de vista da incidência diferencial de deficiência cujas causas possam estar relacionadas com a gestação ou parto do indivíduo, assim como não se fica a saber sobre o acontecido à mãe.

Segundo Coelho (2003: 72), num estudo realizado pela WHO, em 1990, estimou-se que, em todo o mundo, aproximadamente 585 mil mulheres faleceram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal e que só cerca de 5% delas viviam em países desenvolvidos, o que nos leva a pensar não só nacionalmente mas também em estratégias internacionais, globalizadoras.

Não é de descurar que, com base na análise das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Embora, mundialmente tenham ocorrido 585 mil óbitos de mulheres vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal e só 5% dessas mulheres viviam em países desenvolvidos, não se deve negligenciar a procura de melhores valores e deste modo dar jus ao compromisso nacional com os 8 Objetivos do Milénio (8 ODM), nomeadamente o 5º objetivo: Reduzir em 75%, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna, cujos indicadores são a TMM e a proporção de partos atendidos por agente de saúde especializado (Página Web Oficial das Nações Unidas, em: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>).

5.3. Cancros Femininos

Os seres vivos são formados por milhões de células, que são as menores unidades de vida, cada célula pode-se reproduzir formando outras células. O crescimento desordenado das células forma os tumores, que podem ser benignos ou malignos (cancro). Os tumores benignos crescem até um determinado tamanho, enquanto os tumores malignos crescem descontroladamente invadindo as células sadias á sua volta (Gonzalez, 2001). Para Mohallem (2007:3) o cancro *“envolve desordem da regulação celular, replicação e inibição como resultado de um acumular de mutações do DNA da célula”*. As células cancerígenas, desenvolvem-se a partir de células normais num complexo denominado transformação. Durante o processo de transformação, a célula perde o mecanismo de controlo normal e adquire um crescimento descontrolado (Merck, 2000:819). Para Otto (2000:3), o cancro *“não é um crescimento desordenado de células imaturas. Será, antes, um processo lógico e coordenado, no qual uma célula normal sofre mudanças e adquire capacidades especiais”*. Os tumores malignos provocaram em 2010, a perda de 45 251 anos potenciais de vida nas mulheres, face a 49 182 anos no ano de 2002, representando um progresso de menor dimensão, de -8% relativamente às doenças do aparelho respiratório (Idem).

Segundo a WHO (2008a), o cancro é a principal causa de morte nos países desenvolvidos e a segunda causa de morte nos países em vias de desenvolvimento. Segundo a European Commission (2008) o risco de contrair cancro antes dos 75 anos de idade é de 26,5%, ou seja, cerca de uma pessoa em cada quatro tem risco de vir a contrair uma doença oncológica. Mas devido ao aumento da esperança de vida, prevê-se que a incidência desta patologia também aumente.

Para o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO) que visa dar resposta à necessidade de estabelecer uma estratégia global de ação em

Portugal, nas diferentes áreas relacionadas com a prevenção e tratamento do cancro, de modo a se obter uma maior qualidade e excelência de cuidados, o controlo da doença oncológica pode e deve ser influenciado a diversos níveis, desde a prevenção primária aos cuidados paliativos. Reduzir a morbilidade e a mortalidade por esta patologia, melhorar a qualidade de vida e a satisfação dos doentes com os cuidados de saúde prestados são os objetivos gerais que devem reger a estratégia de combate ao cancro. Nesse sentido os profissionais de saúde, especificamente Enfermeiros e médicos têm um papel muito interventivo dentro das suas competências funcionais, como promover estilos de vida saudáveis (como combatendo o tabagismo, sedentarismo, prevenindo a obesidade...), o acesso em tempo útil ao diagnóstico (diagnóstico precoce) e à terapêutica, a acessibilidade e a equidade na prestação de cuidados, implementação do acesso a cuidados continuados e paliativos (com o suporte psicossocial aos doentes e seus familiares), apoio na formação profissional dos profissionais de saúde, realizar investigação científica na perspetiva do seu contributo para a melhoria da qualidade assistencial (com dados da evidência científica), publicação dos resultados obtidos e implementar programas de rastreio oncológico (a evidência científica atual é consensual sobre a utilidade de programas de rastreio do cancro em três áreas: colo do útero, mama e cólon e recto, patologias onde foi possível demonstrar que a instituição do rastreio conduzia a uma redução das taxas de mortalidade da ordem dos 80%, 30% e 20% respectivamente).

Em 2030 estima-se que a carga global do cancro seja aproximadamente de 21,4 milhões de novos casos diagnosticados e de 13,2 milhões de mortes, o que traduz um aumento de 69% e 72%, respetivamente. (WHO e IARC, 2010). Na doença oncológica, a informação é importante ao longo de todo o processo que se inicia com o diagnóstico e só termina com a morte do doente (devido ou não a esta causa). Deve contemplar não só a pessoa com a patologia, mas também a família e a sua rede social, fomentar a compreensão da doença e suas consequências, bem como facilitar a adaptação à nova forma de viver com a enfermidade (Amorim, 2007; 106; Alarcão, 1989).

A mortalidade por cancro é geralmente mais elevada para os homens do que para as mulheres. Existem, contudo, tipos de cancro prevalentes num só sexo, como o cancro da mama e o do útero nas mulheres ou o cancro da próstata nos homens (European Commission, 2012). Segundo o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO) as doenças oncológicas constituem um grave problema de saúde para a população portuguesa, sendo responsável pela segunda causa de morte, com uma taxa de incidência¹⁵ de 266

¹⁵ A Taxa de Incidência por Doença mede a velocidade/intensidade do processo de adoecimento de uma população/de ocorrência de novos casos de uma doença em uma população.

por 100 000 habitantes (INE, 2010) e têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral. Contudo, esta taxa revela-se como sendo a mais baixa verificada na Europa (Dias, 2005).

No ano de 2010, na EU-27, o cancro foi uma das principais causas de mortalidade com uma média de 166,9 óbitos por 100 000 habitantes. As formas mais comuns de cancro incluíram as neoplasias malignas da laringe, da traqueia, dos brônquios e do pulmão, do cólon, da mama e as que a Classificação Internacional de Doenças (CID) classifica como sendo “declaradas ou presumivelmente primárias, de tecidos linfóides, hematopoiéticos e afins”. Verificou-se que, com a exceção do que se refere ao cancro da mama, as taxas de mortalidade dos homens foram superiores às das mulheres em todas as principais causas de morte (European Commission, 2012).

Os números da mortalidade por cancro da laringe, da traqueia, dos brônquios e do pulmão, na UE-27, revelaram um aumento da incidência nas mulheres no período 2000-2010 e um decréscimo nos homens. A incidência da mortalidade nas mulheres subiu de 20,9 %, contra uma diminuição de mais de 16 % nos homens. Este fosso entre os géneros reduziu-se, ainda que a mortalidade masculina mantenha valores consideravelmente superiores à feminina (European Commission, 2012).

A prevenção do cancro é a medida essencial para o seu controlo, pois cerca de um terço de todas as mortes por cancro podem ser prevenidas através da eliminação dos factores de risco (WHO, 2008b).

Teoricamente consideram-se três níveis de intervenção: primária, secundária e terciária. A intervenção primária é a de prevenção, pois reduz a probabilidade de exposição individual aos factores descritos como predisponentes ou de risco e afirma a opção pelos factores protetores. A secundária é a pré-clínica que atua na detecção precoce e tratamento da patologia. O rastreio é uma estratégia relevante neste tipo de intervenção. A terciária está centrada na doença, na sua sintomatologia, tratamento e programa de reabilitação que visa a minimização dos danos causados (Barros e Lunet, 2006; Dias et al., 2004).

O Enfermeiro é o profissional de saúde de excelência dentro da equipe multidisciplinar, pois é ele que permanece mais tempo com o doente. É ele que desenvolve uma comunicação/relação, numa perspetiva holística e efectiva com a pessoa, visa assegurar a continuidade dos cuidados, é responsável relativamente ao diagnóstico de enfermagem, planeamento e execução de intervenções que posteriormente avalia em função do seu resultado esperado (Lopes, 1994).

5.3.1. Cancro da mama

“O cancro da mama é responsável por 3,12% de todos os óbitos femininos em Portugal” (Silva, 2003: 84). As mamas são duas glândulas situadas sobre os músculos peitorais, uma de cada lado do tórax. O chamado corpo mamário é composto de alvéolos mamários, aréola mamária, mamilo, ampolas galactóforas, canais galactóforos e canalículos. O desenvolvimento da mama tem início na puberdade, estimulado pelo estrogénio dos ciclos menstruais mensais, que induzem o crescimento do estroma e do sistema canalicular, além do aumento da gordura que lhe aumenta o volume, tornando-a importante na função estética e na sexualidade. Porém, durante a gestação tem início um acentuado crescimento, sendo que somente desta forma acontece um total desenvolvimento, preparando-a para a produção de leite (Charaneck e Tocci, 2004).

O carcinoma mamário dissemina-se por via do sistema linfático, pela corrente sanguínea e por extensão direta. Os linfonodos agem como principais filtros das células que desprendem do tumor primário. Depois de atravessar o filtro ganglionar, em geral, as células tumorais invadem os linfonodos supraclaviculares e entram na circulação venosa (DGS, s.d.). Além de metastizarem até à axila, as células tumorais também podem disseminar-se para os gânglios mamários internos. A corrente sanguínea é a principal via de propagação para os demais órgãos e sistemas (Montoro, 1979).

O cancro da mama é uma das causas de morte mais frequentes em mulheres dos 35 aos 75 anos de idade, nos Estados Unidos da América e nos Países industrializados da Europa (Baltar *et al.*, 2001; Figueiredo *et al.*, 2001; Rodriguez & Sanchez, 1995). O cancro da mama causou 22,6 mortes por 100 000 mulheres na UE-27 em 2010. Em Portugal, no ano de 2010, morreram 30 mulheres com cancro da mama por cada 100 000 habitantes. Esta TM feminina é preocupante porque apresenta uma tendência de crescimento, tendo passado de 26,6 óbitos em cada 100 000 habitantes no ano de 2006 para 30,3 óbitos em cada 100 000 habitantes no ano de 2010. Mas a mesma situação tem acontecido para as taxas de mortalidade por tumores do colo do útero, para as quais houve um aumento entre 2006 e 2009 de 3,4 para 4,9 por cada 100 000 mulheres. Porém, esta taxa em 2010 baixou para 4,2 por cada 100 000 mulheres (Estatísticas no Feminino, 2011).

O risco de cancro da mama aumenta progressivamente com a idade, embora a taxa desse aumento seja atenuada durante o período menopausico (WHO, 1994a). Mais de metades dos casos acontecem após a menopausa (Silva, 2003). “As taxas de sobrevivência são elevadas nas mulheres com menos de 50 anos (60% após cinco anos) do que nas mulheres com mais idade (40% após cinco anos)” (Commission Européenne, 1997: 64).

A OMS ao analisar este grave problema de saúde pública, destaca que o número total de vítimas do cancro da mama, nos últimos 25 anos, aumentou muito mais nos países em desenvolvimento dos que nos países desenvolvidos, o que em grande parte é uma consequência do aumento da esperança de vida das mulheres com a patologia (Pauline, 2003; Marinho, 2002; Montejo-Rosas, 2002). Algumas alterações nas características da população feminina têm sido responsabilizadas pelo aumento drástico na incidência do câncer de mama (Marinho, 2002; Bergamasco, 2001). Em Portugal, mais de 3500 mulheres morrem de cancro, por ano, e aproximadamente 1500 apresentam poucas probabilidades de sobreviver, pois o diagnóstico é feito numa fase avançada da doença (Cardoso da Silva, 1998, cit. por Reis et al., 2000). Nas mulheres, um em cada quatro casos de cancro corresponde a cancro da mama (Dias, 2000, 2002; Figueiredo et al., 2001).

A mastectomia radical como tratamento do cancro da mama, revela-se numa cirurgia extremamente agressiva e traumática para as mulheres e tem vindo a ser substituída pela cirurgia conservadora da mama ou só de remoção do tumor (Bonassa, 2005; Duarte, 2003; Otto, 2000). As reacções emocionais que as doenças oncológicas produzem nos doentes dependem, entre outros factores, do órgão que é afectado. Um diagnóstico de cancro da mama provoca reacções de atitude e comportamento assim como respostas psicológicas específicas, normalmente associadas a mudanças na identidade da mulher (nos aspectos íntimos da sua feminilidade, designadamente na expressão da sexualidade e da maternidade, da sua imagem corporal, etc.) e ao medo sentido quanto aos tratamentos, à dúvida do futuro e à ansiedade da incerteza (PilKer, 2003; Trill, 2003; Bertero, 2002; Melo, 2002).

Schider (1950) referido por Bredin (2001) considera a imagem corporal um constructo derivado de diferentes dimensões da experiência corporal, que integra uma elevada subjectividade, a qual é igualmente influenciada socioculturalmente e, incorpora as experiências subjetivas (conscientes e inconscientes). Para Oliveira (2004: 35), a imagem corporal desempenha, sem margem de dúvida, um papel central não só na relação que temos com o nosso corpo, mas também na relação que temos connosco e com os outros. Segundo Amorim (2007), a adaptação a uma nova imagem corporal tem quatro vertentes distintas: a auto-imagem feminina, a imagem do parceiro relativamente a ela, a imagem que a mulher percebe que o companheiro tem dela e a imagem na vivência sexual. O ter conhecimento do diagnóstico é factor gerador de *stress* que pode afectar, profundamente, múltiplos aspectos da vida de uma mulher (Parker, 2003; Dorval, 1998), em particular o seu bem-estar: 30% das mulheres relatam *distress* psicológico, disfunção sexual e alterações na imagem corporal, após a realização da cirurgia e dos tratamentos adjuvantes, numa fase precoce da doença (Pinto, 2009; Bloom, 2004, 1986; Taylor, 2002; Bower, 2000; Lopes, 1999; Lindley, 1998).

Factor de risco, de acordo com Potter e Perry (2006) é qualquer situação, hábito ou condição ambiental, fisiológica ou outra variável, que aumenta a vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo desenvolver uma determinada doença ou disfunção. A sua presença não significa o aparecimento da doença mas aumenta a sua probabilidade. *“São factores de risco a precocidade da menstruação, a idade tardia do primeiro parto, a nuliparidade e a menopausa tardia, bem como a obesidade pós-menopáusicas, o regime alimentar (gorduras animais e álcool em especial, a exposição a radiações ionizantes, nomeadamente no período de desenvolvimento dos seios, a ingestão de hormonas exógenas (contraceptivos orais) numa idade precoce e a terapêutica hormonal de substituição na menopausa”* (Sasco, 1996: 32). Na situação de história familiar de cancro da mama é também um factor identificado de risco para a mulher (Penteado, 2010; Silva, 2003; Rumeau-Rouquette, 1997).

Mulheres cujas mães tiveram cancro mamário bilateral e pré-menopáusicas são as que têm maior propensão para a patologia. O risco é nove vezes maior em relação às outras mulheres sem antecedentes familiares de cancro da mama (Charanek, 2004: 43).

Estudos indicam que a amamentação pode ser responsável por uma redução de 2/3 da incidência do cancro da mama, sendo que quanto maior o potencial da duração da amamentação menor o potencial de risco de cancro da mama (Penteado, 2010; Campos, 2007; Santana, 2005; Cheung, 2005; Martin, 2005; Veiga, 2004; Morais, 2002). A questão da prevenção do cancro mamário é bastante complexa em virtude da multiplicidade de factores envolvidos, tornando difícil o seu controle (Marinho, 2002). Segundo o Kaiser Permanente Care Management Institute, a prevenção do cancro da mama/diagnóstico precoce da patologia passa pela realização rotineira (entre 1 a 2 anos) de mamografia e ecografia mamária em mulheres com idade compreendida entre 50 e 74 anos de idade. As mulheres com idade inferior a 40 anos não o devem realizar por rotina, e as mulheres com mais de 74 anos deve ponderar-se a esperança de vida. Contudo as mulheres com factores de risco devem fazer uma mamografia e ecografia mamária todos os anos.

Importa que as mulheres estejam informadas da importância da realização do auto-exame mamário, pelo que devem ser ensinadas e esclarecidas pelo Enfermeiro ou médico assistente sobre o procedimento da palpação mamária assim como quando recorrer aos mesmos. A ressonância magnética pode também ser uma proposta para as mulheres com grandes factores de risco genético, como mutações do gene BRCA1 e do BRCA2 - cujo papel biológico preciso não é totalmente conhecido (Bankowski, 2002: 46) - com antecedentes familiares com patologia cancerígena mamária ou do ovário (Amendola, 2005; Lourenço, 2003, Raminhos, 2003).

No âmbito da prevenção do cancro da mama esta pode ser primária ou secundária, designadamente, a primária visa modificar ou eliminar os factores de risco, embora os conhecimentos sobre os possíveis factores causais sejam ainda escassos não permitindo uma prevenção primária de aplicação prática, a secundária enquadra-se na realização diagnóstica e tratamento precoce do cancro da mama, incluindo o auto-exame da mama e mamografia (Charanek, 2004; Marinho, 2002; Bergamasco, 2001). A palpação mamária realizada pela própria mulher deve ocorrer periodicamente após a menstruação (ocasião mais apropriada uma vez que as mamas se encontram mais flácidas) ou, nas mulheres na menopausa, escolherem uma altura do mês que lhes seja adequada, como por exemplo, na primeira semana do mês (Charanek, 2008; Marinho, 2002; Montejo-Rosas, 2002; Monteiro, 1979). Estima-se que cerca de 80% dos casos de cancro da mama foram identificados pela própria mulher e só posteriormente a comunicação foi dada ao Enfermeiro/médico das alterações sentidas. Este procedimento de autopalpação, para além de não ter custos adicionais, é de baixa complexidade na sua execução pelo que uma vez a mulher informada quanto à sua importância e a maneira correta de o realizar pode revelar-se num recurso aplicável universalmente para todas as mulheres, pois a própria mulher que se palpa conhece a textura das suas mamas e mais facilmente detectará precocemente anomalias. O Procedimento do auto-exame da mama continua a ser uma das etapas da propedéutica a ter lugar garantido em programas de detecção precoce de alterações das glândulas mamárias, em especial, do cancro da mama apesar de todo o avanço tecnológico na área da imagem (Charanek, 2004; Montejo-Rosas, 2002; Bergamasco, 2001).

A mamografia é usada nas mulheres assintomáticas, ou como rastreio em mulheres sintomáticas, é vista como o método da atualidade mais sensível para a detecção do cancro da mama em estágio já pré-evasivo. A sua sensibilidade é alta mas, vai reduzindo progressivamente em relação ao intervalo de tempo entre as mamografias. A sensibilidade também pode ser afetada pela composição das mamas, pois uma mamografia é menos sensível à detecção de anomalias nas mamas mais densas. Em relação ao factor história familiar de cancro da mama, a mamografia também se revela pouco sensível, provavelmente pela consequência do rápido crescimento do tumor (Paulinelli, 2003; Marinho, 2002; Montejo-Rosas, 2002; Gonzalez, 2001). Como obstáculos à realização deste tipo de exames tem-se o medo da radiação, a vergonha pela exposição física, dificuldade em conseguir a realização do exame (baixo recurso económico), desconforto/dor aquando da sua realização (pela compressão da mama que é necessária realizar para imobilizar e uniformizar o tecido mamário permitindo assim uma melhor imagem) e a falta de recomendação para a sua realização por parte do médico assistente (Charanek, 2004; Marinho, 2002; Almeida, 2001).

Segundo a Clínica Universitária de Radiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (2013), o estudo mamário na mulher, até aos 35 anos de idade deve ser realizado através de ecografia mamária, a partir do grupo etário 35-40 anos, deve incluir a mamografia e eventualmente ser complementado pela ecografia mamária (que permite facilmente identificar a natureza líquida ou sólida de uma opacidade nodular ou até mesmo para o biopsar) em situações de observação mais acurada e/ou decisão diagnóstica a mulher pode ser aconselhada a realizar uma ressonância magnética que é um exame não evasivo, nem doloroso e sem utilização de radiação X, tem boa resolução tecidual e anatómica pelo que pode ser o melhor método para adquirir uma imagem para o estabelecimento do diagnóstico.

O número alarmante na incidência do cancro da mama permite inferir sobre a necessidade urgente de programas e políticas de saúde voltadas para a sua prevenção. A política de saúde pública e a medicina preventiva devem ser prioridades em qualquer governo para o confronto das condições identificadas como problema para a população em questão (Marinho, 2002; Bergamasco, 2001; Bittencourt, 2002).

Os Enfermeiros têm participação fundamental no processo educativo para a saúde da pessoa/família/comunidade e o seu desconhecimento sobre cancro da mama leva a inadequada prática (Andrade, 2001, Fernandes, 2000; Oliveira, 1999). O processo educacional deve ser dirigido às mulheres/população em geral, objectivando a prevenção e o diagnóstico precoce. A elaboração e implementação de programas de detecção precoce do cancro da mama devem incluir a formação contínua dos profissionais de saúde visando a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, conscientizando-os para a problemática do cancro da mama (Lopes, 1997).

Para Mohallem (2007:3) o cancro “*envolve desordem da regulação celular, replicação e inibição como resultado de um acumular de mutações do DNA da célula*”. As células cancerígenas, desenvolvem-se a partir de células normais num complexo denominado transformação. Durante o processo de transformação, a célula perde o mecanismo de controlo normal e adquire um crescimento descontrolado (Merck, 2000: 819). Para Otto (2000: 3), o cancro “*não é um crescimento desordenado de células imaturas. Será, antes, um processo lógico e coordenado, no qual uma célula normal sofre mudanças e adquire capacidades especiais*”. Os tumores malignos provocaram em 2010, a perda de 45 251 anos potenciais de vida nas mulheres, face a 49 182 anos no ano de 2002, representando um progresso de menor dimensão, de -8% relativamente às doenças do aparelho respiratório (Otto, 2000).

5.3.2. Cancro do colo do útero

A TM por cancro do colo do útero (CCU) aumentou entre 2006 e 2009, subiu de 3,4 para 4,9 em cada 100 000 mulheres, mas em 2010 a taxa baixou para 4,2 (Estatísticas no Feminino, 2011: 9). O colo do útero ou cérvix faz parte das estruturas internas do sistema reprodutor feminino. É a parte inferior e mais estreita do útero (a parte superior, o corpo uterino, é mais larga e triangular). O útero é um órgão muscular, oco, em forma de pêra invertida, situada na linha média da cavidade pélvica, sobre a vagina, entre a bexiga e o reto no abdómen inferior da mulher. Este liga o útero à vagina, que por sua vez, conduz ao exterior da pelve feminina (Phipps, 2009: 1713; Lowdermilk, 2008: 69). Mede cerca de 7,5cm de comprimento e 5cm de largura, é ligeiramente achatado no sentido anteroposterior. A porção do corpo mais arredondada e de maior diâmetro é denominada fundo e está orientada para cima. A porção principal do útero é o corpo uterino entre o fundo e o colo uterino (Seeley et al., 2003: 1049). O colo uterino, a parte inferior do útero, abre-se dentro da vagina. O colo uterino tem um canal que permite a entrada do esperma no útero e a saída da secreção menstrual para o exterior (Merck, 2000: 1105).

Classicamente, a história natural do CCU é descrita como uma afeção iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos. O colo uterino é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, organizadas de forma bastante ordenada. Nas neoplasias intra-epiteliais, esta estratificação fica desordenada. Quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, estamos diante de uma displasia leve ou neoplasia intra-epitelial cervical grau I (NIC I). *“Cerca de 60% das mulheres com NIC I vão apresentar regressão espontânea, 30% podem apresentar persistência da lesão como tal, e das demais, menos de 10% irão evoluir para NIC III, sendo a progressão para o cancro invasor estimada em cerca de 1%”* (Estevão, 2011: 3). Se a desordenação avança até aos três quartos de espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais, estamos diante de uma displasia moderada ou NIC II. Quando a desordenação é observada em todas as camadas, estamos perante uma NIC III. Esta desordenação das camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde os núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular. A coilocitose, alteração que sugere a infeção pelo HPV, pode estar presente ou não e as lesões podem afetar a área genital assim como outras regiões do corpo. Quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, temos o carcinoma invasivo. As lesões de alto grau são consideradas como as verdadeiras precursoras do cancro e, se não tratadas, em boa proporção dos casos, evoluirão para o carcinoma invasivo do colo do útero (Soares, 2007; Potén, 1995).

Durante os anos 90, a epidemiologia e a biologia molecular demonstraram existir uma relação de causa-efeito entre a infeção persistente pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) de alto risco e o CCU, convertendo-se no primeiro cancro que tem sempre como sua causa, embora não suficiente, um agente infeccioso (Santos, 2009). Assim, o CCU é causado pela Infeção Sexualmente Transmitida (IST) adquirida pelo HPV e a maioria das mulheres são infetadas pelo HPV (infeção viral mais comum do sistema reprodutor feminino) logo após o início da sua vida sexual.

O HPV atinge entre 50% a 80% das mulheres sexualmente ativas pelo menos numa altura das suas vidas. A progressão da infeção por HPV até ao CCU pode levar até 30 anos. Geralmente, as mulheres são infectadas com o HPV na adolescência, entre os 20 e os 30 anos, sendo que o CCU pode vir a desenvolver-se só 20 anos ou mais depois da infeção pelo HPV (Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004). Na sua globalidade as infeções pelo HPV resolvem-se de forma espontânea e não provocam sintomatologia nem doença, contudo a infeção persistente por tipos específicos de HPV (atualmente existem mais de 200 genótipos de HPV identificados, mas os comumente associados ao CCU, por serem responsáveis por 70% a 75% dos casos de CCU são os genótipos 16 e 18) pode ter a consequência de lesões pré-cancerígenas que se não forem detectadas precocemente e tratadas podem evoluir até ao CCU (OMS, 2013: 3; Sousa, 2011; Soares, 2007).

O CCU é o segundo cancro mais comum em mulheres em todo o mundo (OMS, 2013; Roldão, 2007: 1; Mohallen, 2007: 287) e é um dos cancros evitáveis mais frequente nas mulheres, (Arnold, 2013; Parkin, 2005; Ferlay, 2004). O padrão epidemiológico da doença caracteriza-se por um período longo entre a deteção das primeiras lesões e a instalação da doença o que favorece a sua inclusão em programas de rastreio organizado, por serem custo-eficientes e por terem ganhos de saúde associados (Winer, 2013; Castellsague, 2006; Anttila, 2004; Koutsky, 1998).

Em Portugal, o CCU é o terceiro cancro mais frequente nas mulheres, logo a seguir ao cancro do estomago, colo-retal e mama como se pode observar no Gráfico nº1. De acordo com a DGS (2007: 2) estima-se que a incidência de CCU, todos os anos, ronde os 1000 novos casos. Em 2002, 2003 e 2004 foram registados, respectivamente, 220, 220 e 207 mortes por esta patologia. No entanto, estes valores podem estar a ser subavaliados porque, nos mesmos anos foram registados 232, 218 e 228 óbitos por “neoplasia maligna do útero, porção não especificada” (designação atribuída pela Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão (CID-9)).

A etiologia do CCU é desconhecida, contudo os dados sugerem uma forte associação entre a história e as práticas sexuais, pois o risco de contrair a patologia aumenta com a promiscuidade do parceiro sexual, a idade em que se inicia a vida sexual (antes dos 18 anos), com o número de parceiros sexuais e com a presença da infeção viral cervical do HPV (Phipps, 2009; Roldão, 2007: 7; Merck, 2000: 215). Segundo o Instituto Nacional de Saúde Pública Dr. Ricardo Jorge citado por Roldão (2007: 5), o CCU é provocado em cerca de 99,7% dos casos pelo HPV e é uma doença evitável dado que se reconhece benefícios na sua prevenção através da promoção de saúde/uso do preservativo, realização de rastreios e administração de vacinação.

Ao longo das últimas décadas, o CCU tem sido relacionado com factores socioeconómicos, religiosos, sexuais, obstétricos, dietéticos, imunológicos, hábitos tabágicos e utilização de contraceptivos orais (Roldão, 2007). A OMS considera que a persistência da infeção pelo HPV em altas cargas virais representa o principal factor de risco para o desenvolvimento da doença. Sabe-se também que a infeção pelo HPV é essencial, mas não suficiente para a evolução do CCU. Além do genótipo e da carga viral do HPV, adquire importância a associação com outros factores de risco que actuam como co-factores (Medeiros, 2006), que são: um sistema imunitário deficiente (particularmente relacionado à infeção pelo HIV); disfunções hormonais: a idade precoce na primeira relação sexual: múltiplos parceiros sexuais; a idade do primeiro parto; o número de partos e o uso de contraceptivos hormonais (Barros e Simões, 2007).

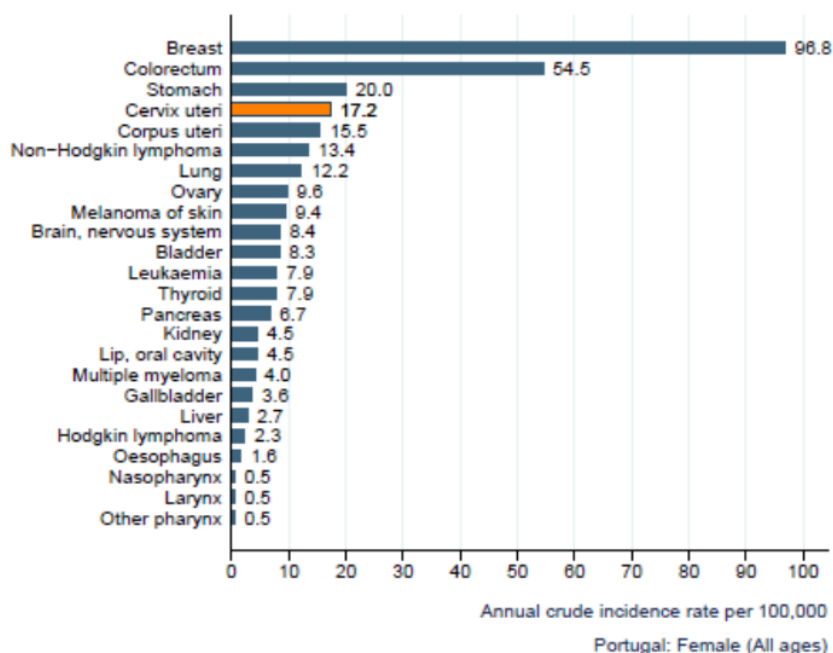


Gráfico nº 1. Incidência do Cancro do Colo do Útero comparado com outros tipos de cancro em mulheres de todas as idades, em Portugal no ano de 2008 (Globocan. Cancer Incidence and Mortality in 2008 (2008:26).

Segundo a DGS (2013), a infeção pelo HPV pode manifestar-se de forma clínica, subclínica ou latente. A manifestação clínica mais comum é o condiloma acuminado ou verruga genital, que se apresenta como uma lesão benigna provocada pelos tipos de HPV de ‘*baixo risco*’, designadamente, os genótipos 6 e 11 que são responsáveis por cerca de 90% destas lesões. A manifestação subclínica pode afigurar-se em diversas formas, tais como: lesões benignas e lesões pré-malignas e malignas, provocadas pelo HPV de ‘*alto risco*’ designadamente pelos genótipos 16 e 18. A manifestação latente não apresenta evidência clínica nem histológica, nem é conhecido o tempo e os mecanismos necessários para que progrida para uma forma clínica ou subclínica.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2007), um dos sintomas mais frequentes do cancro invasivo é a hemorragia vaginal anormal e as mulheres sexualmente ativas, podem ter estas hemorragias durante o coito, contudo também pode tratar-se de uma hemorragia intermenstrual ou pós-menopáusicas. No cancro do endométrio a hemorragia é normalmente um sinal precoce, mas no CCU pode permanecer sem sintomas até um estágio avançado em mulheres que não são sexualmente ativas.

Neoplasias extensas infectam com frequência, apresentam leucorreia vaginal com mau odor, mesmo antes de ocorrer hemorragias. Em casos avançados, a dor a nível da região pélvica, a sensação de peso hipogástrico ou sintomatologia urinária e/ou retal podem ser sintomas de CCU.

Em cada país, as medidas preventivas e de controlo do CCU devem ter um enfoque multidisciplinar e compreender a educação na comunidade, a mobilização social, a vacinação, a detecção precoce, o tratamento e os cuidados paliativos. Assim como devem fazer parceria estreita com o Plano Nacional de Vacinação, o Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva, o Programa de Controle de Doenças Oncológicas e o Programa de Saúde do Adolescente (OMS, 2013; Frigato, 2003).

As acções de educação para a saúde e os cuidados de enfermagem têm lugar a níveis de prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção engloba todas as acções que limitam o desenvolvimento de uma doença (Edelman e Manddle, 1998, cit. por Potter e Perry, 2006). Para prevenir e controlar o CCU é necessário atuar ao longo do ciclo de vida da mulher e conhecer a história natural da doença para identificar as oportunidades de realizar intervenções eficazes nas respectivas faixas etárias, como a Figura nº 2 pretende demonstrar.

A prevenção primária precede a doença ou disfunção e aplica-se a pessoas que se encontram, aparentemente saudáveis, quer física, quer emocionalmente, não é terapêutica e não implica a identificação de sintomas. Este nível de prevenção tem a finalidade de reduzir a

vulnerabilidade do indivíduo ou de uma população a uma patologia ou disfunção. Assim, a prevenção é a estratégia-chave para a irradicação do CCU (Alves, 2003). Os adolescentes são a população alvo no ensino da prevenção onde devem ser focados os seguintes pontos: importância do uso de barreiras contraceptivas evitando a cópula pénis-vagina para prevenir a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis e a realização por rotina de citologia cervico-vaginal (Otto, 2000: 216).

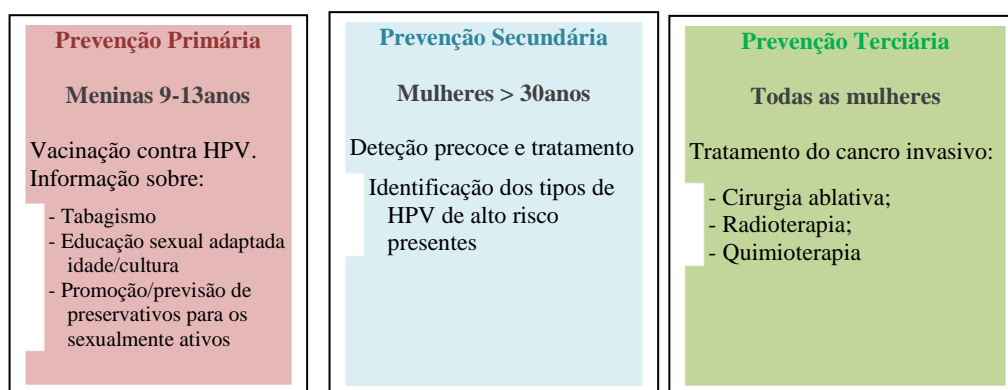
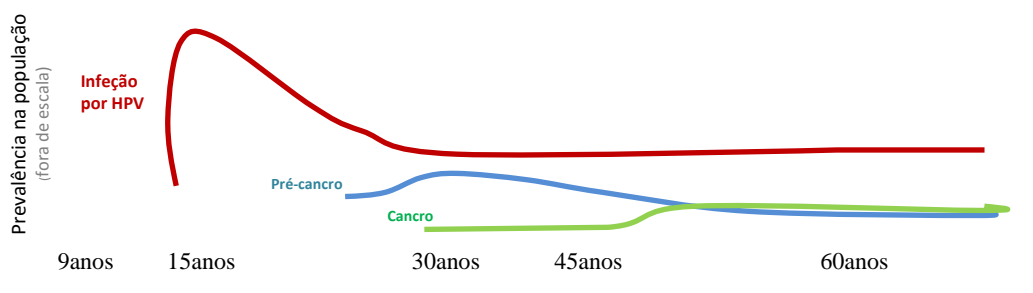


Figura nº 2. Panorama das intervenções programáticas no ciclo de vida da mulher para prevenir a infeção pelo HPV e o cancro do colo do útero (Adaptado de OMS, (2013: 3).

Sendo o HPV transmitido pelo contacto circunjacente entre os genitais, nomeadamente aquando das relações sexuais onde existe penetração (ou mesmo sem penetração, só com troca de fluídos genitais), a única maneira passível de prevenir a infeção genital por HPV é a abstenção do contacto entre os genitais, de relações sexuais. O uso de preservativo será a solução mais adequada, contudo como a WHO (2006a) afirma, os preservativos oferecem apenas uma protecção parcial contra a transmissão do HPV porque o vírus pode existir em superfícies do corpo não cobertas pelo preservativo, como a área perianal e ânus, tanto em homens como em mulheres, ou na vulva e períneo, em mulheres, e no escroto, nos homens. Pois o uso de preservativo de forma regular e correta demonstra ter importantes benefícios, tais como:

- Diminuir a probabilidade de transmissão do HPV em homens e mulheres;
- Aumentar a regressão das lesões do colo do útero;

- Reduzir o risco de verrugas genitais;
- Reduzir o risco de lesões pré-cancerígenas do colo do útero;
- Reduzir o risco de CCU;
- Proteger contra outras infecções sexualmente transmissíveis (IST's), incluindo clamídia e infecção por vírus herpes simples tipo 2 (HSV-2), que são co-factores possíveis para o CCU;
- Proteger contra a infecção pelo VIH, um facilitador para a infecção por HPV de alto risco e progressão para lesões de alto grau;
- Proteger contra a gravidez indesejada.

As vacinas contra o HPV são também um forte potencial para prevenir a infecção primária e a progressão da doença (Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004). Segundo a DGS (2008a), desde Dezembro de 2006 que é comercializada a vacina quadrivalente (Gardasil®), desenvolvida contra os tipos de HPV 6, 11, 16 e 18 e contra os tipos de HPV 6 e 11, e desde Outubro de 2007 que é também comercializada a vacina bivalente (Cervarix®), que confere imunidade para os HPV 16 e 18. Estas duas vacinas são constituídas por fragmentos semelhantes aos vírus mas que não produzem a infecção, são desenvolvidas por tecnologia de DNA recombinante e têm como finalidade a prevenção das infecções por HPV, assim como as infecções persistentes, as lesões intra-epiteliais de baixo grau, as lesões precursoras do cancro e o CCU.

A vacinação do HPV foi instituída no Plano Nacional de Vacinação português em 2008 e é atualmente um dos métodos de prevenção mais eficazes contra esta infecção. A vacina é dirigida a meninas dos 9-13 anos de idade, a sua administração é realizada durante três doses distribuídas num período de 6 meses. Existem dois tipos de vacina disponíveis no mercado, que previnem mais de 95% das infecções pelo HPV causadas pelos tipos 16 e 18 (responsáveis por 70 a 75% de casos) e podem produzir protecção cruzada contra outros tipos de HPV menos comuns e que também causam CCU. Uma das vacinas também protege contra o HPV tipos 6 e 11 que causam verrugas anais e genitais. Ambas as vacinas produzem maior protecção se forem administradas antes da exposição ao HPV, pelo que a OMS (2013: 3) recomenda que o grupo-alvo devam ser as meninas dos 9 aos 13 anos de idade que ainda não sejam sexualmente ativas. As pessoas infetadas pelo HIV podem ser vacinadas.

De acordo com a European Cervical Cancer Association, os homens também podem ser infetados por HPV e podem transmitir o HPV às suas parceiras sexuais. Estão em curso estudos

que visam analisar o valor das vacinas na prevenção da infecção e da doença no sexo masculino. A OMS (2013), considera que os meninos também deviam ser vacinados.

A prevenção secundária tem como foco central as pessoas com problemas de saúde ou com doença e que se encontram em risco de desenvolver complicações ou de agravamento da situação. As acções são direccionadas para o diagnóstico e o tratamento imediato, diminuindo a gravidade e possibilitando que a pessoa volte rapidamente ao seu nível de saúde normal. Assim, a detecção precoce do CCU consiste na realização de forma sistematizada de exame do colo do útero para identificar lesões pré-cancerosas e cancerosas nas células cervicais, em estádios iniciais, na população que está assintomática. Inclui o rastreio (screening) da população, a vigilância de grupos de alto risco, bem como testes de susceptibilidade genética (Sellors, 2004; Kennedy, 2001: 63, citado por Branco, 2011: 63). A técnica mais utilizada é o denominado Exame de Papanicolau, ou colpocitologia, a que se atribui uma fiabilidade de 90% na detecção deste cancro (Sheeley, 2003: 1049). A regularidade recomendada para a sua realização é variável, dependendo da exposição aos factores de risco e dos resultados obtidos em exames anteriores (Mohallem, 2007: 288). O diagnóstico citológico não é totalmente certo, tendo que ser confirmado pelo exame histológico. A taxa de falsos negativos da citologia (isto é, o exame que teve resultado negativo, mas que não é verdadeiramente negativo) pode variar entre 20% a 45%. Estudos têm mostrado que apenas 20% a 50% das mulheres com pré-cancro são correctamente identificadas (WHO, 1998). Apesar da percentagem de falsos negativos ser muito elevada, a realização anual do exame citológico reduz essa percentagem e, de acordo com a American Cancer Society, em três citologias anuais sucessivas negativas, a probabilidade de haver falsos negativos é de 0,4% (Alves, 2003).

Nas últimas décadas, o uso do exame Papanicolau originou uma redução de incidência no CCU de 70%. A redução de incidência, assim como da mortalidade, foi tão expressiva que o exame Papanicolau é um dos poucos métodos classificados com A na United States Preventive Services Task Force, que significa que há uma boa evidência para sustentar a sua recomendação num exame de saúde periódico (Alves, 2003). A sua eficácia na prevenção do CCU verifica-se em locais onde a cobertura e a qualidade dos serviços são elevados e onde o exame Papanicolau é utilizado em intervalos regulares (Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004). Portanto, o exame Papanicolau deve ser repetido ao longo do tempo para assegurar que casos de pré-cancro são detectados. Na maioria dos países desenvolvidos, as mulheres são aconselhadas a realizar o exame Papanicolau no primeiro ano que iniciam a sua vida sexual e repetir o teste a cada 1 a 3 anos. Mas nos países em desenvolvimento, a maioria das mulheres nunca realizou um exame Papanicolau (Soares, 2007; Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004; Alvarenga et al, 2000).

A Comissão das Comunidades Europeias no Código Europeu Contra o Cancro e a Direção Geral de Saúde no Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 recomendam que a periodicidade para o rastreio do CCU, nas mulheres portuguesas, seja realizada aos 20 anos de idade; ou quando se deu início a vida sexual ativa; se os resultados forem normais em dois anos consecutivos, devem-se repetir de 3 em 3 anos até aos 39 anos e dos 40 aos 64 anos, repetir de 5 em 5 anos. Após os 65 anos, só se deve realizar se não houve controlo anterior.

Alguns autores descreveram nos seus estudos alguns obstáculos que dificultam ou diminuem a acessibilidade a programas de rastreio do CCU, como medo do exame ginecológico, de possível diagnóstico positivo, preocupação em saber qual o sexo do profissional de saúde envolvido nesta actividade e experiências anteriores desconfortáveis. Cabe a todos os diferentes profissionais de saúde que intercedem nesta ação, fazê-lo no melhor interesse e conforto da mulher/cliente (Singhrai, 2013; IARC, 2008; WHO, 2006; Maissi, 2005; Basen-Engquist, 2003).

A prevenção terciária ocorre quando um defeito ou incapacidade é permanente e irreversível. As ações necessárias prendem-se com a minimização dos efeitos de uma patologia ou incapacidade de longo termo e que se direccionam no sentido da prevenção de complicações e deterioração. Assim, a mulher com CCU deve seguir as indicações médicas e terapêuticas que à sua situação sejam indicadas, como são exemplo, a cirurgia ablativa do colo uterino/útero/ útero e anexos, radioterapia e quimioterapia. As mulheres que tenham CCU, com doença prolongada, incurável e progressiva e suas famílias devem estar sob os cuidados de uma equipa de cuidados paliativos, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O Plano Estratégico 2011-2013 da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), à qual o distrito de Setúbal pertence, faz referência, na sua orientação 3, à promoção e realização de rastreio do CCU de base populacional a toda a região de saúde, tendo em vista aumentar o número de pessoas com patologia CCU “*com diagnóstico pré-clínico de forma a melhorar o prognóstico de tratamento e probabilidade de sobrevivida, medido em ganho de anos de vida perdidos*” (ARSLVT, 2013: 29).

O envolvimento dos Enfermeiros nas intervenções relacionadas com o teste de Papanicolau/colpocitologia é essencial e desejável e está relacionado com a informação, ensino e promoção da saúde (muitas das vezes secundarizados e omitidos devido à escassez de tempo e/ou recursos). Em 2011, a Ordem dos Enfermeiros Portugueses publicou um Parecer onde afirma que

os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - EESMO são os Enfermeiros, que pela natureza da especialidade da sua preparação técnico-científica, estão melhor habilitados para a realização da colpocitologia como sendo uma intervenção inserida no plano de cuidados de cada mulher. Pois na Regulamentação das Competências Específicas do EESMO publicada em Diário da República (2011) pela OE encontra-se igualmente descrito que este profissional “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas projectos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica”, onde a realização da colpocitologia se encaixa. Os EESMO, para além da educação e promoção da saúde, são profissionais com competência para realizarem de forma autónoma o exame ginecológico e obstétrico bem como a colpocitologia e deste modo contribuir para os ganhos em saúde, minimizando as causas directas e indirectas de morbilidade e mortalidade relacionadas com o CCU (OE, 2013).

A colpocitologia, por se tratar de um exame que pode ser desconfortável e embaraçoso para a mulher levou o Department of Health do Reino Unido (2012), a recomendar, ao profissional de saúde que o realiza, que tenha em conta os seguintes aspectos: (1) respeitar a vontade da mulher se for solicitada a realização do exame por um profissional de saúde do sexo feminino; (2) respeitar a vontade da mulher se for solicitada a presença de um acompanhante durante o exame, companheiro/a, familiar ou amiga/o.

5.3.3. Cancro coloretal

Os tumores do sistema digestivo representam uma grande porção dos tumores humanos. São praticamente incuráveis quando já se encontram disseminados pelo organismo (metástases), daí a necessidade de um rastreio com o propósito de um diagnóstico precoce da neoplasia e um aumento da possibilidade de cura ou da melhoria da condição de sobrevivência da pessoa afetada, quando a cura não é possível. Podem-se apresentar como cancros da boca, do esôfago, do estômago, do intestino delgado, do coloretal, do pâncreas, do fígado, das vias biliares...

Em 2009, as taxas de incidência, no sexo feminino português, para o cancro coloretal (CCR), (que representa a terceira causa de morte por cancro para ambos os sexos e a segunda causa de morte para cada sexo separadamente), foi de 38,96 (por 1000 000 habitantes) (DGS, 2014; Sociedade Portuguesa de Oncologia, 2014). O CCR é o segundo tumor mais frequente e mortal nas mulheres, a seguir ao tumor da mama. É dos tumores mais comuns nos países desenvolvidos e conseqüentemente um grave problema de saúde pública.

Segundo Machado (2007), apesar de em Portugal se ter registado um decréscimo da TM por CCR de 2004 para 2005, a análise regional revela que na região de Lisboa e Vale do Tejo mais na região do Algarve esta taxa aumentou. Sendo uma situação relevante no Algarve por um aumento de 8,5% para 12% (por 100 000 habitantes), numa variação relativa de +41,2%. O decréscimo mais significativo desta taxa foi na região Norte com uma variação relativa de -11,4%.

O CCR raramente leva à morte pelo seu crescimento local mas sim pela sua disseminação (Scheele, *et al.*, 1991). Segundo Galandluk (1992), os locais em que surgem mais metástases são, pela ordem de frequência, o sistema linfático, o fígado, o pulmão e o peritoneu. A cirurgia é a única forma de tratamento, mas a hepatectomia só é possível em cerca de 20% das situações, com uma sobrevida aos 5 anos de 35 -58% (Simmonds et al, 2006; Pawlik e Choti, 2007).

Segundo os dados da International Agency for Research on Cancer (2008), o CCR está entre os cancros mais frequentes a nível mundial, tendo registado 1 235 108 novos casos e 609 051 óbitos no ano de 2008. Contudo, é o tumor maligno, do sistema digestivo, mais suscetível de ser prevenido (Forno et al, 2012, e caracteriza-se pela sua progressão lenta e uma fase benigna precursora longa que se denomina pelo adenoma de remoção fácil através de meios endoscópicos.

As recomendações de rastreio referenciadas, em Portugal, pelo Ministério da Saúde (2009) com o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007-2010 consistem na pesquisa de sangue oculto nas fezes em homens e mulheres dos 50 aos 74 anos com a realização de colonoscopia total se o teste for positivo. Em termos de prevenção primária a aposta na informação e comunicação em saúde ao cidadão, em prol da promoção de comportamentos saudáveis e do incremento de ambientes saudáveis e seguros são medidas preconizadas no Código Europeu contra o Cancro (Campos, s.d) que se juntam ao combate ao tabagismo, à educação nutricional, à promoção de actividade física, à vacinação contra alguns agentes infecciosos, à proteção solar e ao controle da exposição a agentes ambientais.

5.3.4. Cancros do sistema respiratório

Os cancros que afetam o sistema respiratório (traqueia, brônquios e pulmão) são a causa de 5,4% do total de óbitos devido a cancro nas mulheres portuguesas (TM de 8,8 por 100 000) e mundialmente ocupam a terceira causa de morte. De entre as doenças mais comuns estão as broncopatias, as pneumopatias, doenças torácicas, transtornos da motilidade ciliar, doenças nasais, infeções respiratórias... e as neoplasias do trato respiratório. Os pulmões são os principais órgãos

do sistema respiratório humano e são os responsáveis pelas trocas gasosas entre o ambiente e a corrente sanguínea. As patologias que mais acometem os pulmões são a doença pulmonar obstrutiva crónica, a bronquite crónica, o enfisema pulmonar, a asma e o cancro do pulmão (CP). Sendo este último, um dos tumores comuns mais malignos, cuja incidência no mundo aumenta cerca de 2% ao ano. A mortalidade por este cancro é elevada e o prognóstico fica condicionado à fase de desenvolvimento em que se encontra. Como factores fortemente relacionados e comprovados pela evidência científica temos:

- O tabagismo é o principal factor de risco para o emergir do CP. Esta patologia é mais comum nos homens que nas mulheres, mas o número de casos no género feminino tem vindo a aumentar enquanto no homem está a regredir. O aumento do tabagismo nas mulheres poderá ser o factor causal. Segundo o estudo de Parente (2007) que em comparação a dados de outro estudo publicado á 13 anos (Queiroga, 1993: 264) denota-se um aumento do CP na mulher, designadamente de 15,5% versus 18,1%.
- Os produtos químicos como o arsénio, o berílio, o radônio, o Níquel, o Cromo, o cádmio e o cloreto de vinila;
- Os factores genéticos, dietéticos, o histórico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, um histórico familiar de CP.

Em Portugal existe motivação, pela parte dos profissionais de saúde, para o diagnóstico precoce do CP, existindo uniformização de metodologias de estudo e de tratamento. Embora já existam campanhas anti-tabágicas e consultas de desabituação tabágica nos hospitais e nos agrupamentos de centros de saúde, estima-se, nos últimos anos, uma incidência bruta de 34 novos casos de CP, em cada 100 000 habitantes, em que 28 desses casos afetam o homem e 6 afetam as mulheres (Parente, 2007: 256). Os resultados da investigação são uma prioridade no terreno e disso é exemplo o estudo comparativo sobre o rastreio do CP associando à Radiografia uma Tomografia Axial Computorizada (TAC) de baixa-dose aos pulmões de Heleno (2011) cujos resultados revelaram redução da mortalidade por CP, através da rápida identificação dos falsos negativos e a atuação ser mais precoce, logo mais eficaz para o tratamento e cura. A prevenção do CP inclui medidas políticas, de opções saudáveis em matéria de desenvolvimento e medidas legislativas de controlo dos factores ambientais e coletivos: medidas de saúde comunitárias de despistagem, como são exemplo, as enunciadas pelo estudo de Heleno e as decisões individuais de redução de riscos relacionadas com o tabagismo, poluição...

5.4. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) foi descrita pela primeira vez, em 1981, nos homossexuais masculinos nos Estados Unidos da América (EUA) e sendo denominada por “peste gay”. Mais tarde, em 1983 o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) foi identificado e verificou-se a sua disseminação pelo mundo atingindo homens e mulheres homo, bi e heterossexuais. Em 1993 a WHO considera haver uma pandemia, passando a ser a SIDA uma das principais causas de morte.

Em Portugal a incidência de SIDA teve um aumento relativamente global entre o ano de 1983, ano do diagnóstico do 1º caso (sexo masculino) e o ano de 1996, em que são diagnosticados 867 casos. No ano de 1999 houve a primeira identificação de decréscimo para 621 casos, porém, não deixa de ter altas taxas de incidência anuais. Portugal foi, em 1998, o país com a segunda maior taxa de incidência (a maior taxa verificou-se em Espanha), designadamente 81,8 por milhão de habitantes (INSA, 1999).

As faixas etárias compreendidas entre os 20 e os 44 anos são as de máxima incidência de SIDA nas mulheres portuguesa. Sendo em 1984 o primeiro caso diagnosticado. Esta patologia é a primeira causa de morte das mulheres nos grupos etários de 25-29 e 30-34 anos, 3,7 por 100 000 habitantes. As mulheres com idades compreendidas entre os 5 e os 24 anos a infeção HIV, SIDA é a 5ª causa de morte o que corresponde a 4,6% das mortes de mulheres nesta faixa etária (Silva & Alves, 2003, citando Ministério da Saúde, DGS, 1999). Embora a mortalidade associada ao HIV tenha sofrido um aumento significativo nos anos 80 e 90 na última década tem-se vindo a verificar uma diminuição progressiva e uma evolução francamente favorável com um valor percentual aproximado de 60%, entre 2008 e 2012, de anos de vida ganhos, onde o número de óbitos femininos em 2008 foi de 160 mulheres, numa TM de 3,1 por 100 000 habitantes e em 2012 foi de 107 mulheres, numa TM de 2,0 para 100 000 habitantes.

Segundo os dados do INSA (1999), a transmissão do HIV nas portuguesas é atribuída a duas grandes categorias: a toxicod dependência (49,9% dos casos) e a transmissão via heterossexual (40,0%). Os dados restantes dividem-se pela transmissão por transfusão sanguínea (4,2%) e pela transmissão mãe-filho (3,1%).

A doença SIDA, pela sua incidência fatal especialmente em mulheres jovens, que podem escolher engravidar e transmitirem a patologia aos seus filhos, coloca a sua prevenção numa esfera não só do domínio da investigação e aplicação dos seus conhecimentos e resultados mas sim, e essencialmente, pelas decisão da mulher que sabe que é HIV positiva ou que sofre de SIDA,

em engravidar, ou de realizar uma Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) se esta aconteceu acidentalmente (Bryson et al, 1995). Para além da questão ética de saúde pública relacionada sobre a informação dos demais com que estabelece relações passíveis de transmissão.

O uso do preservativo (feminino ou masculino) é um dos factores mais evidenciados como preventivos da SIDA (e também da Hepatite), pois é um método protetor de contágio pela via sexual a que as mulheres estão particularmente vulneráveis. Porém, apesar das campanhas efetuadas verificou-se no estudo realizado por Almeida (1995) no âmbito de um inquérito à fecundidade que o uso de preservativo (e referem-se ao preservativo masculino) é mais referido nas respostas das mulheres com idades compreendidas entre os quinze e os dezanove anos (39%) e menos nas mulheres com idades mais avançadas (20%). O estudo de Lucas (1993) no âmbito da sexualidade desprevénida, identificou que apenas os homens mais jovens usavam o preservativo como medida de transmissão da SIDA.

As mulheres não podem ser vistas como as responsáveis pelo sexo em segurança como se pode constatar em alguma literatura de campanha de prevenção da SIDA. São elas as mais vulneráveis a contraírem o vírus através das relações sexuais com um homem que seja HIV positivo. Na identificação desta fragilidade, a OMS reconhece que a mulher deve estar alertada para a situação, que deve optar pelo preservativo feminino para se proteger. O sexo seguro, é o que é realizado pelos parceiros conscientes do uso das boas práticas e da preservação da sua saúde para além de demonstrar preocupação, amor, afeto e cuidados com a/s outr/s pessoa/s.

Os profissionais de saúde, os médicos e Enfermeiros, especificamente os EESMO que realizam as consultas de planeamento familiar são responsáveis pela dinamização e disseminação da informação esclarecida sobre a expressão sexual segura. A sua formação acredita-lhes competência para a intervenção nos públicos-alvo com as estratégias didático-pedagógicas adequadas sempre baseados nos resultados atuais da evidência científica.

5.5. Hepatite e Cirrose

Em Portugal a doença hepática crónica associada a cirrose é a quinta causa de morte das mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos. Embora a TM no sexo feminino seja sempre inferior à do sexo masculino (em ambos os sexos aumenta com a idade) e a TM feminina tenha decrescido entre 1986 e 1995 de 30,1 para 21,0 por 100 000 (Ministério da Saúde, 1997) não deixa de ser preocupante dado que as hepatites virais constituem um dos mais

importantes problemas de saúde pública atual que são responsáveis por 1 milhão de mortes em cada ano (DGS, 2001).

Existem cinco tipos de vírus descritos os mais preocupantes são os da hepatite B e C, aos quais Portugal é considerado um país de baixa endemicidade. A hepatite A é a que está relacionada com as condições socioeconómicas e de higiene e tem vindo a diminuir assim como a um aparecimento mais tardio da infeção. A hepatite D e E manifestam-se de forma esporádica na Europa Ocidental e não são descritos dados epidemiológicos para Portugal (Castro, 1999).

O Programa Nacional de Vacinação (PNV) (2012) inclui as vacinas contra a hepatite B (em 2000 iniciou-se a vacinação dos recém-nascidos e atualizou-se os que tinham nascido no ano anterior, pelo que em 2012, a maioria dos jovens, com idades compreendidas entre os 10-13 anos, já se encontram vacinados).

A vigilância de saúde infanto-juvenil é da responsabilidade dos médicos e Enfermeiros aquando das consultas de desenvolvimento e do cumprimento do PNV português e em alerta aos cidadãos de outros países na adequação do cumprimento das medidas de vacinação nacionais. Estes profissionais devem estar atentos ao cumprimento do plano de vacinação das pessoas que cuidam, assim como promoverem a vacinação como a atitude mais adequada para a prevenção das doenças.

5.6. Tuberculose

A Tuberculose já foi um problema de saúde pública português que no século XX se considerou dissipado através da vacinação da população e com o desaparecimento de casos em Portugal. Contudo, a tuberculose voltou a ser considerada pela OMS como um problema de saúde pública a necessitar de intervenção globalizadora e emergente, pois tornou-se evidente que a infeção afeta cerca de um terço da população mundial e destes um terço evoluirá para a doença.

Segundo Hudelson (1996), a evidência demonstrou que nos países desenvolvidos, as TM por tuberculose nas pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos eram inicialmente mais elevadas no sexo feminino e que com a descida do risco de infeção as taxas mostraram valores mais elevados nas pessoas do sexo masculino mais velhas, verificando-se que a prevalência de infeção tem maior intensidade nos homens que nas mulheres a partir da adolescência, mas que a incidência da patologia é igual ou superior nas mulheres. Neste âmbito, Baganha (1997) refere que em Portugal a taxa de incidência da tuberculose é cerca do triplo da

européia e similarmente incide preferencialmente nos homens e que a distribuição geográfica da densidade ou taxas de incidência (TI) de novos casos de tuberculose em mulheres no terreno nacional traduz fortes discrepâncias entre distritos como é o caso do distrito de Faro que se destaca com uma TI de 50,7, seguido pelo distrito do Porto com 43,3, distrito de Lisboa com 38,6, distrito de Setúbal com 35,2 e Braga com 30,2. O mesmo autor (1998: 535) associa no contexto epidemiológico da tuberculose o número crescente de “*formas clínicas graves que atingem indivíduos aparentemente incompetentes*”, como é a situação dos toxicodependentes e dos seropositivos.

A conexão entre SIDA e tuberculose justifica-se pela menor resistência das pessoas HIV positivas e aos toxicodependentes pelos factores socioeconómicos e psicossociais que normalmente apresentam-se mal nutridos e com deficiente adesão ao tratamento com tuberculostáticos e consequente aumento da resistência a este grupo de medicamentos. Hudelson (1996) expressa que uma revisão da bibliografia internacional demonstra que o estado geral de saúde e nutricional das pessoas que são acometidas pela tuberculose influenciará na progressão de infecção para a doença e que as reações à doença diferem consoante o género da pessoa afetada, nomeadamente que serão mais importantes nas mulheres os obstáculos que impossibilitam a detecção precoce da patologia, logo também ao seu tratamento.

5.7. Outras Perturbações Frequentes nas Mulheres

Nas sociedades, ditas desenvolvidas, outras perturbações ganharam dimensão preocupante para além das patologias que mais frequentemente aparecem entre as causas de morte das mulheres. Muitas vezes estão associadas ao estilo de vida urbano: naquilo que tem do ponto de vista biofisiologicamente pouco saudável, como é o caso da **osteoporose** e da **obesidade**; no que tem de funcionamento anormal, como é o caso das perturbações do **comportamento alimentar** (ex: anorexia, bulimia), as **toxicodependências** e a **doença mental**. Estas correspondem a condições físicas, psicológicas e sociais que a sociedade medicalizou e às quais, contraditoriamente, com o diagnóstico que lhes faz sobre a relevância dos factores ambientais que lhes estão associados, responde com intervenções terapêuticas e não com ações preventivas. Para além destas, outras patologias que apresentam uma incidência relativa, mas que não deixam de ter consequências graves para as mulheres, pois quer pelo insuficiente conhecimento ou mesmo desconhecimento da sua origem, pela sua cronicidade e tratamento pouco eficaz transmitem limitações de bem-estar e qualidade de vida às suas portadoras. Segundo Seignalet (1998), são exemplo disso a esclerose em placas, a poliartrite reumatoide, o lúpus eritematoso disseminado,

as doenças auto-imunes, entre outras. É nossa opção não as referir neste texto pela sua limitada ocorrência e pela ausência de informação precisa referente às mulheres portuguesas.

A **osteoporose** consiste numa alteração na estrutura óssea que se caracteriza pela diminuição da densidade do osso em dimensões deficitárias que resultam em fragilidade e risco de fratura. Nas mulheres a localização mais frequente de fraturas é no cólo do fémur, na extremidade anterior do antebraço e nas vértebras. No ciclo vital do ser humano existe uma osteoporose primária que está associada ao envelhecimento. Esta tem uma dimensão maior na mulher dada a consequência natural de terem uma menor massa óssea máxima na idade madura e pela aceleração de perda óssea nos anos que se seguem à menopausa. Segundo Elias (1998), as mulheres podem perder até 50% do seu pico de massa óssea. A grande maioria das fraturas ocorre em mulheres idosas (WHO, 1994b), pois o risco de fratura óssea por queda duplica nas mulheres portuguesas com 60 ou mais anos de idade (Elias, 1998).

A fratura da anca, comumente designada pela fratura do colo do fémur é a fratura osteoporótica mais grave e está associada não só à elevada morbidade e incapacidade funcional como ao aumento da mortalidade que é de 20% durante o primeiro ano após a fratura. O Sistema Europeu de Vigilância de Acidentes Domésticos e de Lazer no seu relatório EHLASS (1998) que contempla apenas os casos cujo falecimento ocorreu após no hospital, refere que, em Portugal, no ano de 1998 foram registadas 3 454 quedas de mulheres com idades superiores a 64 anos, o que representa 26,6% de todas as quedas femininas e 78,5% de todos os acidentes.

A perda óssea após a menopausa pode ser retificada através da administração de hormonas femininas, pois existe um défice de estrogénios. O benefício do tratamento de substituição hormonal com estrogénios não é comprovado, pois não é claro que os seus efeitos se mantenham para além do período de dez anos em que o tratamento é recomendado devido aos riscos associados que uma terapia prolongada corre, designadamente o risco do cancro da mama e do endométrio. Assim, não é aconselhada a decisão de administração de estrogénios sem que concomitantemente seja avaliado o risco de cancro da mama (WHO, 1994).

Os dados do Eurobarómetro referiram que, no ano de 1996, 11,6% das mulheres portuguesas com idade superior a 50 anos foram submetidas a um teste para despiste da osteoporose (Commission Européenne, 1996). A prevenção desta patologia passa pela intervenção junto dos diferentes grupos etários femininos, com o objetivo de mobilizar motivação para o estabelecimento da densidade mineral óssea através de uma vida menos sedentária, do exercício físico, da alimentação rica em cálcio e quando necessário ao recurso ao suplemento terapêutico de cálcio. Ferreira (1995), no seu estudo sobre alimentação e densidade óssea nas

mulheres portuguesas saudáveis em idade pré-menopáusia, identificou que as correlações entre a ingestão nutricional e a densidade óssea são fracas.

A **obesidade** é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde, nomeadamente quando existe um Índice de Massa Corporal - $IMC \geq 30 \text{ Kgr/m}^2$ (DGS, 2005b). A obesidade aumenta o risco de morte, assim como potencia as complicações a nível das doenças do aparelho circulatório, da diabetes, da dislipidémia, das doenças degenerativas ósseas e quando associada a tumores malignos (Santiago, 1999). As perturbações hepático-gastrointestinais, de apneia do sono, complicações ortopédicas, assim como as alterações psicossociais são também potenciadas, principalmente nos adolescentes, quando a obesidade está presente (Queirós, 1999). Para a mesma autora na idade adulta persiste a obesidade quando em criança se era obeso.

A Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (1999) efetuou um estudo de âmbito nacional com uma amostra de 4483 pessoas de idades compreendidas entre 18 e 64 anos que concluiu que 29,8% das mulheres são obesas (numa distribuição em que 11,8% são obesas da Classe I, 2,1% são obesas da Classe II e 1,0% são obesas da Classe III) e que existem mais mulheres do que homens com peso baixo, nomeadamente 3,9% versus 0,8%. Já os dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006 do Ministério da Saúde português, estimou-se que estão obesas 16,0% das mulheres portuguesas e que a obesidade aumenta com a idade, nomeadamente a partir do escalão etário dos 35-44 anos com 12,8% e nos três grupos etários subsequentes (22% para o conjunto das idades compreendidas entre 45 e 74 anos).

A puberdade nas mulheres portuguesas ocorre por volta dos 12 anos de idade. King *et al.*, (1996) no seu estudo *The Health of Young* (citado por Queiroz, 1999) refere que este período da vida é de desenvolvimento corporal, vivenciado com mudanças intimamente ligadas ao nível da auto-imagem e da auto-estima, nomeadamente sociais e culturais para o aspecto físico da mulher num estereótipo da elegância e da beleza. As adolescentes são sensíveis às mensagens da moda e a atual sociedade apela à magreza feminina como o perfil mais adequada da performance física da mulher. E são as estratégias usadas para o controle do peso corporal através da restrição alimentar que estão na base das patologias do tipo anorexia e bulimia, designadamente perturbações mentais que se manifestam em comportamentos alimentares desajustados e perigosos ao ponto de serem fatais.

A prevalência da anorexia nervosa nas mulheres jovens está calculada em 0,5% o que representa ser dez vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens (Gonçalves, 1998; Dixe, 2007). A bulimia é uma patologia com uma prevalência de 2%, designadamente vinte vezes mais

frequente nas mulheres do que nos homens (Baptista et al, 1996). Gonçalves (1998) refere que as jovens universitárias portuguesas constituem um grupo vulnerável ao aparecimento de perturbações do comportamento alimentar, mas se relacionadas com as jovens de outros países apresentam-se como menos vulneráveis o que é justificável pela baixa proporção de jovens universitárias em Portugal relativamente a outros países desenvolvidos. Dentro desta área em estudo, Carmo e colaboradores (1996) realizou um estudo com uma amostra de 2 422 jovens da área de Lisboa e Vale do Tejo, que é a região de Portugal com mais estudantes universitárias, onde identificou uma prevalência de 0,4% casos clínicos de anorexia nervosa, 12,6% de casos subclínicos e 7% de perturbações da imagem corporal. Esta pesquisa, no que concerne à preocupação com a imagem corporal, sob o ponto de vista da magreza, concluiu que 38% das jovens manifestaram o desejo de serem mais magras, 49% consideram ter alguma parte do corpo gorda e 51,5% referiram que tinham “*horror em ganhar peso*”.

Para a situação de bulimia, no estudo de Gonçalves (1998), 31% das estudantes referiram episódios de ingestão alimentar compulsiva. A prevalência identificada para a bulimia nervosa foi de 5,88%.

Segundo dados da Divisão de Epidemiologia e Bioestatística, referentes ao ano de 1998, a **diabetes**, desde o final da década de 70, é cada vez mais a causa de morte das mulheres portuguesas, Segundo os dados de saúde dos portugueses, referenciados pelo Ministério da Saúde (1997), 24 mulheres por cada 100 000 morreu em Portugal devido a diabetes. As taxas de mortalidade por esta patologia são sempre superiores nos homens em todas as faixas etárias, excepto, quando a idade é superior a 75 anos, em que as mulheres passam a taxa superior.

A diabetes é uma patologia que acresce no risco na mortalidade e na morbilidade materna e fetal. A diabetes tipo II surge, geralmente, entre os 40 e os 50 anos de idade e pode gerar complicações secundárias como problemas renais, neurológicos, cardiovasculares e vasculares periféricos, ao fim de alguns anos (Silva, 2003: 101). Em relação à diabetes tipo I, um estudo internacional, referente ao período compreendido entre 1980 e 1985, realizado por Muntoni (1999) relata haver aumento da sua frequência, em Portugal, à semelhança do que acontece nos países da EU e não europeus, sendo agentes causadores a ingestão de calorias animais associado à industrialização e a exposição fragilizada a toxinas e infeções virais (ex: alimentação do recém-nascido e criança pequena com fórmula adaptada/ leite de vaca em substituição do leite materno).

A Europa é região mundial com maior incidência de diabetes tipo I verificando-se uma maior incidência nos países do norte em relação aos do sul (Karvonen et al, 1993). Em relação à incidência da patologia nas mulheres portuguesas, os mesmos autores (1993: 4) referem que,

entre 1989-1990, três regiões portuguesas aparecem como a segunda menor da Europa (4,9 em 100 000), numa relação de rácio homem/mulher, que é a maior a nível mundial (2,1) com um total de 25 casos, em que 17 são de mulheres e 8 de homens. Muntoni (1999) refere que mundialmente as diferenças de género na incidência da diabetes tipo I são ligeiras, mas em Portugal, Rodrigues *et al.* (1997) no seu estudo encontrou um ligeiro aumento, estatisticamente não significativo, no sexo feminino.

Segundo Falcão et al (2001) baseado no estudo sobre a incidência anual da diabetes mellitus em Portugal segundo a Rede dos Médicos Sentinela, no período 1992-1999 surgiram cerca de 26.810 novos casos anuais da doença, dos quais 643 casos insulino-dependentes. Não se verificaram diferenças significativas entre as taxas de incidência nos dois sexos, apesar da taxa no sexo masculino apresentar uma tendência crescente. A hospitalização, por suspeita do diagnóstico de diabetes ocorreu, com maior frequência, nos diabéticos insulino-dependentes do que nos não insulino-dependentes.

As **perturbações mentais** talvez sejam as patologias, dentro do domínio da medicina, em que o género da pessoa está implicado quer na expressão dos sintomas quer na identificação do diagnóstico. A antropologia demonstrou explicitamente como determinada manifestação (sinal ou sintoma) é, ou não, do âmbito da doença mental, consoante a cultura e a sociedade a que pertence o sujeito (uma situação considerada normal numa cultura pode ter repercussões psicológicas e/ou orgânicas numa diferente cultura) (Mauss, 1985) Esta problemática da identificação diagnóstica, da decisão do que é normal e do que é patológico segundo as expectativas da sociedade a que pertence a pessoa, foi analisada conceptualmente, sob o ponto de vista etnopsiquiátrico, por Deveraux na sua obra de 1970: *Essais d'ethnopsychiatrie générale* (Deveraux, 1977). O ser-se homem ou mulher é coletivamente socializado o que se espera nos seus papéis sociais. Deste modo, existem comportamentos de saúde-doença que são também distintos, como é exemplo o alcoolismo social e exibicionista do sexo masculino que difere do alcoolismo solitário e escondido do sexo feminino. Assim sendo, a sociedade moldam os comportamentos e influenciam a auto e heteropercepção assim como a avaliação desses mesmos comportamentos, logo, sequencialmente orientam as atitudes dos profissionais de saúde quanto à decisão da prescrição do tratamento, do internamento...

A evidência epidemiológica, segundo Saurel-Cubizolles e Blondel (1996), aponta que a taxa global de doença mental é semelhante entre os dois sexos, a variação entre as taxas só ocorre consoante o tipo de patologia. A circunstância de a prevalência figurar constantemente maior nas mulheres, decorre da metodológica adotada aquando da investigação e poderá estar

correlacionada com a capacidade que as mulheres apresentam em abordarem e lembrarem-se melhor de situações acontecidas.

Segundo Goldberb (2001), alguns estudos realizados em ambiente comunitário mostram que muitas situações patológicas que deveriam ser diagnosticadas e acompanhadas psiquiatricamente como patologia mental são acompanhadas pela medicina geral e familiar correndo maior risco de definição errada do diagnóstico.

Nas estatísticas portuguesas a informação disponível sobre doença mental é escassa reservand-se ao movimento dos internamentos em estabelecimentos de psiquiatria. Nesta informação consegue-se determinar, segundo o Ministério da Saúde (1996, 2000) e o INE (1997), que o internamento de mulheres é menor que o dos homens, designadamente na ordem dos 45% e que os principais motivos de internamento são as psicoses e as síndromes de dependência alcoólica e outras drogas, o que confirma em serem mais internamentos em homens pois neles estas situações são mais diagnosticadas e mais frequentemente dão origem a internamento. Por outro lado os estudos realizados na população em geral identificam maior prevalência de morbidade psiquiátrica em mulheres do que nos homens. Fato, que o estudo transversal (com uma amostra de 2008 utentes de um Centro de Saúde da cidade portuguesa de Coimbra), de Carmona (1996), evidencia nos seus resultados. Nomeadamente que as desordens mentais ocupam o 1º lugar das doenças crónicas, e são motivo de consulta nas pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 55 anos. Também as mulheres apresentam mais alterações do foro mental (28%) que os homens (25,8%).

Múltiplos agentes podem ser descritos como sendo potenciadores da vulnerabilidade para a doença mental, como por exemplo, a ausência de uma relação de intimidade, a presença de três ou mais crianças no seio familiar, o falecimento prematuro da mãe, uma situação de desemprego, a vivência de violência doméstica (que pode ter contornos físicos, emocionais e/ou sexuais) ... Silva (1991a), no seu estudo com mulheres portuguesas a frequentarem consulta especializada de saúde mental ou consulta de medicina geral e familiar, identificou a violência física como condição fortemente associada à consulta da especialidade de psiquiatria e também, mas em menor escala à frequência da consulta de medicina geral e familiar.

Os Enfermeiros enquanto profissionais de saúde que convivem de perto as pessoas devem observá-las holisticamente sem descurar a sua manifestação verbal e comportamental no sentido de promover a saúde mental e despistar situações de risco do foro psiquiátrico. O acompanhamento e encaminhamento adequado é uma das suas funções. Para que o seu

desempenho seja ética e deontologicamente adequado à situação o Enfermeiro, caso não seja mais qualificado na área, sustenta-se na sua formação básica em saúde mental e psiquiátrica.

A **toxicod dependência** define-se como sendo uma dependência a um ‘tóxico’ ou uma droga que provoca adicionalmente perturbações psicológicas no seu consumidor. As drogas não são todas iguais se pensarmos no seu factor perigosidade para o equilíbrio da saúde e bem-estar de quem as ingere. Por exemplo, o álcool é uma droga muito tóxica a longo prazo, que pode ser ingerida de forma controlada sem que hajam problemas imediatos, enquanto a heroína é uma droga com menos efeitos tóxicos a longo prazo mas que tem uma capacidade muito elevada de criar dependência.

Em situação de consumo abusivo, designadamente descontrolado, nem todas as drogas adquirem uma mesma resposta, pelo que se aborda o tema, preferencialmente, por toxicod dependências em vez de toxicod dependência. A perigosidade real associada a uma droga, assim como, o que impele ao seu consumo, é a tríade dinâmica dos factores: a droga, o consumidor e o ambiente social. As propriedades farmacológicas da droga, associadas às características psicológicas da pessoa que a consome, mais o cariz social envolvente, determinam a toxicod dependência. No que concerne, à capacidade para provocar dependência, evidencia-se a heroína, a cocaína e o álcool, como sendo as drogas mais perigosas, no que se refere à sua dependência, quase que imediata após os primeiros consumos. Contrariamente, o tabaco, os canabinóides, o café, o ecstasy e o LSD são drogas que provocam apenas ligeiras dependências (Gomes, 1998; Lowinson, 2005).

Portugal, é um dos países da EU com maior consumo de **álcool per capita**. Gameiro (1998) no seu estudo sobre os hábitos de beber álcool dos portugueses, estimou que entre 1985 e 1997 houve um decréscimo de bebedores excessivos e de alcool dependentes (homens e mulheres) assim como também houve uma redução da frequência dos hábitos de beber, designadamente as pessoas que bebiam em exagero eram 12% em 1985 e 9,4% em 1997, já as pessoas alcool dependentes eram 12% em 1985 e 7% em 1997.

Culturalmente, a sociedade é menos tolerante para com o alcoolismo feminino do que com o alcoolismo masculino, sobretudo quando existe embriaguez. Talvez por isso as mulheres escondam os seus hábitos alcoólicos. Elas, são mais abstinentes e costumam beber só por ritual o que não confere à postura masculina. Em 1995, num inquérito realizado a estudantes do ensino secundário, o Gabinete de Planeamento e de Coordenação de Combate à Droga, apresentou o Relatório Nacional do Fenómeno da Droga referente ao Projeto Europeu para o Estudo do Alcool e outras substâncias em Meio Escolar, que descreveu taxas de abstinência um pouco mais

elevadas nas raparigas em relação aos rapazes, designadamente: que 21,66% das raparigas, nunca beberam qualquer bebida alcoólica e que 66,03% nunca ficaram embriagadas; que de entre as que referiram já ter bebido bebidas alcoólicas que o fizeram num intervalo de 3 a 5 vezes conquanto que nos rapazes a resposta foi de 40 e mais vezes. Quanto ao tipo de bebida, identificaram que a cerveja é mais consumida até aos 11 anos de idade, mas que o álcool, embora em menor percentagem também é uma opção nestes grupos etários. As bebidas espirituosas são mais requeridas nos jovens com 14 anos e mais, numa maior proporção de consumo pelas raparigas em relação aos rapazes, contudo, a percentagem de raparigas que, aos 14 anos de idade, já tiveram experiência de embriaguez é ligeiramente menor que a dos rapazes, nomeadamente de 12,73% para 13,73%.

Verifica-se atualmente uma maior procura de tratamento para a dependência alcoólica. Pessoas com as idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos de idade visam abandonar a dependência do álcool. O estudo de Miles (1991) sobre saúde realizado com mulheres em tratamento por alcoolismo encontram maior prevalência de mulheres domésticas em relação às mulheres trabalhadoras e revelam que os padrões de bebidas são divergentes, nomeadamente bebem sós e tentam esconder que bebem. Shaw (1980), identificou correlação entre o estatuto conjugal e o consumo de álcool, designadamente que é maior entre as mulheres divorciadas e separadas do que as mulheres casadas ou viúvas.

Em 2010, o consumo *per capita* de álcool em Portugal foi de 12,9 litros, (homens 18,7 litros; mulheres 7,6 litros). Segundo a OMS, a Europa tem um consumo *percapita anual* de 10,9 litros, pelo que os cidadãos portugueses bebem mais em relação ao consumo dos outros cidadãos na União Europeia (Ministério da Saúde, 2015).

As mulheres que tenham problemas crónicos com o álcool (droga não terapêutica) e que continuem a beber durante a gravidez incorrem numa taxa elevada de anomalias fetais decorrente da Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), pois o álcool (ou qualquer outra droga ou substância química) transpõe a barreira placentar. Em 1984, Nobile, já chamava a atenção dos profissionais de saúde que acompanham o desenvolvimento da gravidez nas consultas pré-natais, por não informarem a grávida sobre os perigos do consumo de álcool, diferentemente do que já se fazia em relação ao tabagismo e outros tipos de drogas.

Em relação ao consumo de outras **drogas**, que não o álcool, não se encontraram estudos epidemiológicos sobre o consumo de drogas pelas mulheres portuguesas, pois os dados disponíveis são omissos no que se refere a género. Segundo o Gabinete de Planeamento e de Coordenação de Combate à Droga (1996) foi realizado um estudo europeu em estudantes que

avaliou o consumo de várias drogas ao longo da vida do estudante, detalhadamente: 6,5% no consumo de cannabis; 1,97% para as anfetaminas; 0,5% para a heroína; 0,5% para o ecstasy; 0,4% para o LSD e 0,3% para a cocaína. Que as raparigas, durante a sua vida, apresentam uma prevalência menor para todos os tipos de drogas ilícitas em relação aos rapazes.

Em Portugal, a procura de cuidados analisada e medida pelos Serviços de Prevenção e Tratamento da Toxicod dependência (SPTT) tem aumentado significativamente (ex: em 1995 registaram 4 524 utentes e em 1999 registaram 9 991 utentes) o que levou ao aumento de implementação de Centros de Atendimento a Toxicod dependentes pelo país (35 em 1996), em 2013.

As mortes por *overdose*, ou relacionadas com o consumo de drogas, a dependência de drogas associada ao HIV e à SIDA e as condenações por infração da Lei da Droga são alguns fenómenos preocupantes da sociedade portuguesa que têm vindo a aumentar ao longo dos anos. Situação social com que os profissionais de saúde convivem e para as quais devem estar habilitados para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem.

A **violência** é um comportamento ou atitude de agressividade promovido de forma intencional e excessiva em relação a outro/s para ameaçar ou atuar para provocar trauma psicológico e/ou físico. A própria palavra violência significa impetuosidade, veemência e deriva do Latim “*violentia*” cuja origem está relacionada com o termo “*violare*”, violação. No que concerne aos direitos humanos, violência compreende todos os atos de violação dos direitos, nomeadamente: os civis, como a liberdade, a privacidade, a proteção igualitária; os sociais, como a saúde, educação, segurança, habitação; económicos, como o emprego e salário; culturais, como a manifestação da própria cultura e os políticos, como participação políticopartidária e direito ao voto. Desta forma a violência pode tomar vários caminhos quando se manifesta, pode ser através da guerra, da tortura, dos conflitos étnico-religiosos, do preconceito, da promoção da fome, do assassinato... Pode ser dirigida a um género ou idade específica, como quando é contra a mulher, contra a criança ou idoso... pode ser dentro do âmbito da família – **violência doméstica**, ou na comunidade – violência urbana... A violência doméstica é a que acontece dentro do seio da família, entre os cônjuges, entre os progenitores e os filhos, inclui os abusos sexuais a menores ou idosos. Estão descritos cinco tipos de violência doméstica: a psicológica, a física, a sexual, a patrimonial e a moral.

Em Portugal, as estatísticas oficiais da saúde e da justiça não nos possibilitam a identificação dos traumatismos resultantes das agressões, nem mesmo as lesões que levaram ao

homicídio da vítima, normalmente feticídio, tendo em conta que a violência doméstica afeta mais o género feminino que o masculino.

Segundo Silva (1995), a criminologia internacional tem vindo a demonstrar nas últimas décadas que as mulheres são menos vítimas de homicídios do que os homens, que as mulheres são mais vezes vítimas de homicídio decorrente de violência dentro da família e que de entre estes os homicídios interconjugais são os que prevalecem. A violência física acometida nas mulheres tem particular importância no seio da relação entre o casal, pois as mulheres são vítimas de agressões físicas e sexuais, para além das verbais, de forma isolada sujeitas a uma coação a que ficam reféns sem conseguirem manifestar aos demais a sua situação que parece, no âmbito social que a rodeia, não existir. Em modo de exemplo do referido, segundo Silva (2003: 137), “*o Instituto de Medicina Legal no Porto registou, no ano de 1999, 563 casos de agressões resultado de violência doméstica, dos quais 552 são relativos a vítimas do sexo feminino*”.

Lourenço (1997), no seu estudo de amostragem aleatória com mulheres portuguesas: “Violência contra as Mulheres”, a violência de forma física é manifestada por 13,7% das mulheres entrevistadas, que acrescentam o tipo de mau-trato ser realizado dentro de casa e pelos cônjuges ou companheiros. Informaram concomitantemente, que as agressões físicas mais frequentes são “sovas” e “punchões de cabelos” (56,4%), “apertar o pescoço”, “bater com a cabeça contra a parede”, “cabeçadas”, “sequestro” e “empurrão pelas escadas a baixo” (33,3%). É de relevar que o estudo incluía 15,3% mulheres adultas com menos de 24 anos, que na sua maioria ainda não coabitavam com o companheiro o que transporta estes factos para a esfera da violência no namoro/ violência nas relações de intimidade. Também se podem extrapolar estes dados referindo que a proporção de mulheres que numa relação conjugal são vítimas de violência será maior do que a encontrada/manifestada neste estudo.

A saúde mental das vítimas é um factor de risco a ter presente para além de todas as outras possíveis sequelas (corporais, físicas...). Silva (1989) no estudo comparativo, realizado com dois grupos de amostragem aleatória (grupo I - população geral e grupo II - população em salas de espera para consulta de medicina geral e familiar) sobre a agressão física e sociopatologia familiar, verificou uma proporção mais elevada de casos de violência física contra a mulher/esposa no grupo II (38%) do que no grupo I (24%), resultados que nos levam a meditar sobre a liberdade verbal das mulheres, sobre a consciencialização da sua situação enquanto pessoa, quando são acompanhadas por um profissional de saúde.

Na atualidade, as situações de violência alertadas diariamente pelos mass media é um alerta contínuo para a desigualdade existente entre as pessoas e o atentado contra a sua

integridade holística. Desta forma os demais cidadãos vão tomando consciência da realidade nacional e mundial nesta matéria que vai fazendo emergir outras áreas de violência (ex: tráfico de seres humanos, prostituição, mutilação genital feminina...) que inevitavelmente fazem crescer o fenómeno da violência nos seres humanos.

A violência doméstica é uma grave violação dos direitos humanos, tal como foi definida na Declaração e Plataforma de Ação de Pequim, da Organização das Nações Unidas (ONU, 1995), onde se considerou que a violência contra as mulheres é um obstáculo à concretização dos objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz, e que viola, dificulta ou anula o gozo dos direitos humanos e das liberdades fundamentais em muitas áreas. Pressupostos que foram reafirmados pelas Metas da Saúde e pelos Objetivos do Milénio, contudo até ao momento sem os resultados que se esperava pois ainda se encontram factores impeditivos, como por exemplo:

- a sub-representação das mulheres nos cargos de tomada de decisões limita a integração de uma perspectiva de género nas políticas e programas públicos;
- a violência sexual na escola e no caminho para a escola, por exemplo, constitui um importante impedimento à participação das raparigas na educação, reverte num obstáculo a progressos na saúde, na educação e no emprego;
- a restringida ou não implicação dos homens/rapazes na questão da violência doméstica impede avanços em direcção à igualdade de género em todas as áreas. Só é possível chamar a atenção para as questões de género e reforçar o apoio a favor da mudança social, se os homens e os rapazes se envolverem, por exemplo, em medidas que visem eliminar a violência contra as mulheres e superar os estereótipos;
- as mulheres continuam a ser responsáveis pela maior parte do trabalho doméstico e da prestação de cuidados. Esta partilha desigual das responsabilidades tem um impacto negativo nas suas oportunidades nos domínios da educação e do emprego e limita a sua participação na vida pública;
- a existência prevalente dos estereótipos negativos de género com base em crenças e atitudes sociais afectam as mulheres e os homens. Limita as suas oportunidades e opções. No mercado de trabalho conduzem à segregação profissional e a diferenças salariais em função do sexo, enquanto a visão estereotípica dos homens como responsáveis pelo sustento da família limita a sua participação na vida familiar.

Os Enfermeiros, pelo seu foco de atenção: cuidar da pessoa, pela sua proximidade ao outro, através da prestação de cuidados de enfermagem, fundamentado pelas suas capacidades teórico-técnico-científicas atua na promoção do equilíbrio familiar, da saúde e bem-estar global dos seus elementos. Em conjunto com os esforços estatais e de instituições não-governamentais a

sociedade portuguesa tem vindo a ter no âmbito legislativo, na formação das forças policiais, na conceção de instituições de acolhimento/abrigo, uma crescente informação esclarecida em como atuar perante este crime público, logo da responsabilidade de todos.

Abordar a temática dos **acidentes** (normalmente diferenciados por acidentes de trânsito, profissionais, domésticos e de lazer) é analisar numa perspetiva de mortalidade ou morbidade decorrente do acidente. Situação dificultada pela dispersão dos dados disponíveis, que não são comparáveis entre si e adotam diferentes definições para uma situação semelhante. Isto acontece devido à informação ser recolhida e tratada por entidades diferentes (entre eles: o Ministério da Saúde, a Direção Geral de Viação, o Ministério do Trabalho, o Secretariado Nacional de Reabilitação...). Assim sendo, realizar uma conceptualização frutuíta no que se refere a dados inerentes à mulher acidentada revela-se uma tarefa quase impossível.

Porém, das leituras analíticas realizadas, identifica-se que Portugal (em parceria com a Grécia), é o país europeu com maior taxa de mortalidade de mulheres vítimas de acidentes de viação e que esse valor quase que duplica o valor da taxa da EU, nomeadamente em Portugal 9,8 por 100 000 habitantes em 1995 e na EU 5,6 por 100 000 habitantes. Contudo, de 1987 a 1995 pode-se constatar um decréscimo numa mesma comparação, pois Portugal em 1987 apresentou 11,2 por 100 000 habitantes e a EU apresentou 6,8 por 100 000 habitantes (Eurostat, 1999).

Segundo dados da Direção Geral de Viação do Ministério da Administração Interna (1999), a primeira causa de morte das mulheres jovens a partir do grupo etário dos 5-7 anos e até ao grupo etário 25-29 é a mortalidade por **acidente de viação**. Com um valor de 17% em relação a todas as mortes ocorridas no mesmo período de tempo em mulheres pertencentes aos mesmos grupos etários.

No ano de 1998 Ministério da Administração Interna refere terem havido 49 319 acidentes em que esteve implicado pelo menos um veículo automóvel, que morreram 1 865 pessoas nesses acidentes, das quais 1 070 eram condutores dos veículos, 275 eram passageiros do veículo e 231 eram peões. Das 1 865 pessoas, 344 eram do sexo feminino e representam 5% dos 1070 condutores mortos, 37% dos 275 passageiros mortos, 35% dos 231 peões mortos. Do total de acidentes, 20 569 (30%) mulheres sofreram ferimentos ligeiros ou graves, sendo 45% peões e 49% passageiros e 16% condutoras. Os valores apresentados, na vitimização das mulheres enquanto condutoras, só é de 16% e não é um valor superior, porque existe uma sub-representação feminina entre os condutores de veículos automóveis, nomeadamente de 33,5%. Todavia, a proporção de mulheres portuguesas habilitadas a conduzir veículos automóveis tem vindo a aumentar noas últimas décadas (Ministério da Administração Interna, 1999). A relação

entre o número de condutores portugueses mortos, no estudo referido, e o número global de condutores existentes é menor no caso das mulheres (0,005) do que nos homens (0,04) o que nos leva a indiciar um provável comportamento de maior risco na condução realizada pelos homens.

Em dados meramente descritivos do Inquérito Nacional às incapacidades, deficiências e desvantagens publicado em 1996 pelo Secretariado Nacional de Reabilitação, sem o cruzamento das variáveis sexo e idade, pode-se concluir que os acidentes de trânsito são responsáveis por 4,3% das deficiências físicas que corresponde a uma prevalência de 54 por cada 1 000 homens e 62 por cada 1 000 mulheres.

Analisando o Quadro n.º 6, referente ao período de vinte anos, compreendido entre 1985 e 2004, os dados, de mortos e feridos, referentes aos acidentes de veículos motorizados com vítimas, podemos constatar que no período de 1985 para 1995 (onze anos) o número de acidentes aumentou significativamente (+ 19 183) enquanto, a diferença entre o ano de 1994 e o ano de 2004 (também onze anos) a avaliação é inversa tendo havido menos 6 900 acidentes. Em relação aos mesmos períodos temporais, no que respeita ao número de vítimas mortais, a diferença entre 1985-1995 é de mais 210 falecidos, enquanto no período de 1994-2004 é de menos 791 falecidos. Análise semelhante para o número de vítimas feridas entre 1985-1995 é de um aumento de 26 267 feridos, conquanto no intervalo temporal 1994-2004 verifica-se uma redução de 10 154 de vítimas feridas.

Ano	Acidentes	Mortos	Feridos	Ano	Acidentes	Mortos	Feridos
1985	29 156	1875	39 560	1995	48 339	2085	65 827
1986	30 485	1982	41 100	1996	49 265	2100	66 627
1987	38 656	2296	54 517	1997	49 417	1939	66 516
1988	41 915	2534	59 532	1998	49 319	1865	66 603
1989	43 499	2375	61 519	1999	47 966	1750	65 327
1990	45 110	2321	63 329	2000	44 159	1629	59 924
1991	48 953	2475	69 535	2001	42 521	1466	57 044
1992	50 851	2372	70 986	2002	42 219	1469	56 585
1993	48 645	2077	66 710	2003	41 495	1356	55 258
1994	45 830	1926	62 163	2004	38 930	1135	52 009

Quadro n.º 6. Número de acidentes, vítimas mortais e feridos em acidentes com veículos automóveis entre 1985 e 2004 (Adaptado de Ministério da Administração Interna, 2005: 22).

O número de acidentes subiu (Vidé Quadro nº 6) porque há mais veículos com motor em circulação e o tráfego rodoviário subiu em concordância, contudo o número de mortes baixou devido à qualidade e rapidez do atendimento aos acidentes ter melhorado em Portugal através do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), de melhor formação e mais competências nos corpos de Bombeiros, Guarda Nacional Republicana (GNR) e Polícia de Segurança Pública (PSP). Muito têm contribuído para estes números a mestria dos profissionais de saúde, médicos e Enfermeiros que estão integrados em algumas destas equipas.

No que se refere a **acidentes de trabalho** que foram participados, segundo o Ministério do Trabalho e Solidariedade (s.d.) as mulheres representaram, em 1995, 20% do total de acidentes ocorridos (17 103). Nesse ano os acidentes mortais foram 3, cujos 48% tiveram lugar na “indústria transformadora”.

Segundo o relatório Acidentes 2009 (Ministério do Trabalho e Segurança Social, 2012), houve uma curva de diminuição de acidentes de trabalho no período compreendido entre 2007 e 2009 com o seu pico em 2008 como se pode observar com a análise do Quadro nº 7.

ANO	2007		2008		2009	
<i>Total de acidentes</i>	237 409		240 018		217 393	
<i>Acidentes por sexo</i>	♂	♀	♂	♀	♂	♀
	181 693	55 716	181 328	58 690	162 315	55 078
<i>Óbitos por acidente</i>	269	7	221	10	210	7

Quadro nº 7. Acidentes profissionais nos anos 2007, 2008 e 2009, por sexo e por óbitos

(Adaptado de Ministério da Solidariedade e Segurança Social (2012: 13).

A faixa etária de mulheres que mais acidentes tiveram, entre 2007 e 2009, foi a de 35-44 anos, igual à dos homens. Já no que se refere a óbitos, as mulheres morreram mais na faixa etária 45-54, e os homens na de 35-44 anos. Os sinistrados homens, que sofreram mais acidentes, pertenciam ao grupo dos “operários, artífices e trabalhadores similares”, enquanto as mulheres que sofreram mais acidentes de trabalho pertenciam ao grupo do “pessoal dos serviços e vendedores”. Neste último, o número de ocorrências com mulheres é duas vezes superior ao número de ocorrências com homens.

Tanto para os sinistrados homens como para as mulheres, o grupo profissional que se destaca, em termos médios, como aquele em que os indivíduos sinistrados são mais velhos é o dos “quadros superiores da Administração Pública, dirigentes e quadros superiores de

empresa”, onde se registou, respetivamente 45,9 e 45,4 anos. Em extremos opostos, a idade média mais baixa registada nos sinistrados homens foi nos grupos de profissionais “*pessoal dos serviços e vendedores*” e nos “*trabalhadores não qualificados*”, 36,8 anos, e para as mulheres o grupo em destaque foi o das “*especialistas das profissões intelectuais e científicas*”.

Tendo em conta os dados do ano 1999 do Instituto do Consumidor (2002), do Relatório anual, referente ao ano de 1998, do Sistema de Vigilância EHLASS, existente nas instituições hospitalares, associado ao Relatório 2006-2008 ADELIA – dados referentes aos Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada (2011), mais os dados do Sistema Europeu de Vigilância de Acidentes Domésticos e de Lazer, os acidentes domésticos e de lazer notificados que foram mortais para as mulheres e cujo falecimento só aconteceu posteriormente à sua entrada na instituição hospitalar, acontecem desde a nascença até ao grupo etário 5-14 anos de idade (8,4 por 1 000 no grupo etário 0-4 anos e 7,4 por 1 000 no grupo etário 5-14 anos) verificando-se depois um decréscimo para valores compreendidos entre 2 e 3,9 por 1 000 no grupos etários até os 65 anos, altura em que volta a subir para 5 por 1 000, não chegando, contudo aos valores verificados na infância e adolescência. A maioria destes acidentes ocorre no domicílio, excepto os da faixa etária 5-14 anos, que acontecem maioritariamente em ambiente escolar.

As taxas de mortalidade por acidentes domésticos e de lazer são inferiores nas mulheres em relação aos homens até ao grupo etário 40-44 anos. Mas no grupo etário seguinte, 45-49 anos e superiores até aos 85 anos, a situação inverte-se e a taxa toma uma proporção ligeiramente superior nas mulheres.

Se a análise recair no tipo de acidente doméstico e de lazer, as quedas ficam em destaque, pois representam 80% desses acidentes quer nos primeiros anos de vida quer nas idades mais avançadas a partir dos 64 anos. No grupo etário 15-24 anos as quedas representam 40% e nos grupos etários 1-4 anos e 45-64 anos representam 60%. De referir que as quedas nas mulheres acentuam-se na idade pré-menopáusia e estão associadas à natural perda de massa óssea que a mulher tem com o seu envelhecimento.

A importância que os profissionais de saúde, principalmente os Enfermeiros, conheçam a evolução do desenvolvimento humano, no seu ciclo vital, correlacionando a evidência científica da causa de acidentes catalogada com a faixa etária da pessoa, para que em consonância seja prestada atenção de cuidado, na prevenção dos acidentes, quer pela educação rodoviária, quer pela atenção às quedas nas idades mais vulneráveis.

A formação dos Enfermeiros, estabelece planos curriculares teóricos e práticos que habilitam o Enfermeiro a proceder na perspectiva da promoção da saúde e bem-estar e, se necessário no tratamento visando a cura, independência da pessoa lesada.

A situação de morte da mulher portuguesa por **suicídio** é muitas vezes dissimulada pelas famílias, não havendo um registo real do acontecido. Em análise das estatísticas oficiais temos que ter em conta esta faceta das famílias assim como o registo do óbito que não segue as mesmas diretrizes (Caldas, 1992). Por outro lado existem muitos assentos de óbito que referem a causa de morte por lesões não especificando como ocorreu essa lesão, se elas decorreram acidentalmente ou intencionalmente. Isto porque, porventura, alguns óbitos das idades compreendidas entre os 5 e os 24 anos, que atingem 11,5% do total de óbitos no sexo masculino e 8,0% no sexo feminino possam ser alguns decorrentes de alguns suicídios e até mesmo homicídios.

No ano de 1997, a causa de morte por suicídio foi declarada em Portugal para 145 mulheres (2,52 por 100 00 habitantes) e 483 homens (10,08 por 100 000 habitantes). No ano seguinte, 1998, os valores são de 140 mulheres e 416 homens numa correspondência de 2,52 e 7,48 por 100 000 habitantes. Denote-se que, quer em Portugal como na EU, a taxa de mortalidade nos homens tem sido sempre superior à das mulheres. Recorrendo a uma análise sumária do Censos 1991 referente ao XIII Recenseamento Geral da População Portuguesa mais os dados do INE referentes à estimativas da população residente e as Estatísticas Demográficas de 1965 a 1997 do INE, verifica-se que a Taxa de Mortalidade por Suicídio, específica por sexo e idade que desde o no de 1965 até ao ano de 1995 a taxa de morte por suicídio tem vindo sempre a diminuir na população masculina excepto entre 1975 e 1980 que teve um ligeiro pico (talvez se possa relacionar com as alterações políticas vivenciadas em Portugal que fizeram elevar o desemprego, logo a instabilidade social e económico, factores possíveis de serem desencadeadores de ideias suicidas e sua concretização).

O suicídio é um problema de saúde pública, um acontecimento de enredo complexo desencadeado pela influência de factores estressores sobre a pessoa com ideação suicida. Os profissionais de saúde, especificamente os Enfermeiros devem conhecer ter conhecimentos e saber desenvolver estratégias de intervenção diante da pessoa com ideia e/ou comportamento suicida, neste sentido a formação de base dos Enfermeiros deve incluir nos seus currícula conteúdos programáticos relacionados com a capacidade de relação de ajuda terapêutica para que estes profissionais se sintam aptos a atuar efetivamente perante uma situação de risco ou eminência do ato de suicídio. O licenciado em enfermagem pode complementar a sua formação na área da saúde mental e psiquiátrica realizando a especialidade em enfermagem de saúde

mental e psiquiátrica que em Portugal é uma formação de três semestres e lhe confere o grau académico de Mestre.

5.5. Educação para a Saúde

Promoção da saúde é um “*processo que permite às populações exercerem um maior controlo sobre a sua saúde, e melhorá-la, [...tendo] um acentuado impacto nos determinantes da saúde, de modo a criar os maiores ganhos em saúde para a população, contribuir significativamente para a redução das desigualdades em saúde, acrescentar direitos humanos e construir capital social*” (WHO, 1997: 1). Esta definição foi deferida na Quarta Conferência sobre Promoção da Saúde, subordinada ao tema “Novos agentes para uma nova era – Liderando a Promoção da Saúde na entrada do século XXI”, onde as deliberações prévias acerca da promoção da saúde foram reafirmadas, incluindo as da bem conhecida Carta de Ottawa¹⁶.

A Declaração de Alma-Ata, é o documento resultante, da conferência organizada pela Organização Mundial de Saúde (1978), entidade que considera como primeira prioridade na área de Cuidados de Saúde Primários (CSP) a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, privilegiando a informação e a educação das pessoas em função da sua saúde (WHO, 1978).

Uma formação em educação para a saúde adequada às necessidades das práticas profissionais é o factor mais importante para obter boas práticas nesta área. A este respeito, a Declaração da OMS na Política de Saúde para todos para o século XXI (WHO, 2002), especificamente, a sua meta n.º 18 “Desenvolvendo os recursos humanos na saúde” afirma que todos os Estados Membros devem assegurar que os profissionais de saúde adquiram “*Conhecimento apropriado, atitudes e competências para proteger e promover a saúde*” (WHO, 2002: 198). Por conseguinte, as práticas educativas dos Enfermeiros dos CSP devem proporcionar serviços promotores de saúde, preventivos, curativos e de reabilitação de boa qualidade.

Actualmente a enfermagem tende a integrar o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, nas suas intervenções quotidianas, no qual sobressaem as atividades de educação para a saúde. Os CSP são o sector dos serviços de saúde mais apropriado para

¹⁶ Carta que descreve um conjunto de princípios e de medidas destinados a melhorar a condição de saúde das populações de todo o mundo. Esta carta para além de criar políticas saudáveis e de promover ambientes favoráveis, reforça a acção comunitária e o desenvolvimento de competências de cada indivíduo, assim como propõe a reorientação dos serviços de saúde como uma das estratégias fundamentais de promoção da saúde mundial. Especificamente no que concerne aos serviços de saúde, visa um processo de reorganização, nomeadamente a nível dos CSP, que devem orientar-se para a promoção da saúde, para além das suas tradicionais responsabilidades na prestação de cuidados clínicos e curativos (OMS, Declaração de Alma-Ata, 1978).

desenvolver práticas educativas em prol da saúde, pois actua próximo das pessoas, famílias e comunidades, visando promover a saúde e prevenir a doença. Por conseguinte, os Enfermeiros dos CSP são vistos como os agentes chave da educação para a saúde, uma vez que têm a responsabilidade de identificar as necessidades em saúde das populações no sentido de promover estilos de vida saudáveis, aumentar os ganhos em saúde e a qualidade de vida (Latter, 1998).

A enfermagem comunitária é um serviço centrado nas famílias, que respeita e encoraja a independência e o direito das pessoas e famílias a tomarem as suas decisões. Procura desenvolver um trabalho de forma a ajudá-las a desenvolverem capacidades para o desempenho adequado e eficiente que promova a sua saúde e bem-estar pelo que a estratégia didáctica da educação para a saúde se revela numa metodologia de intervenção eficaz quando visa a pessoa/a família/o grupo ou a comunidade.

A prática profissional de enfermagem, é complementar à de outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, compete-lhes identificar necessidades das pessoas, famílias e grupos de determinada área geográfica. É reconhecido, que o Enfermeiro detém um lugar privilegiado nos modelos de equipa pluridisciplinar de saúde que têm sido experimentados em Portugal, devido às múltiplas oportunidades que têm de conhecer as famílias e os seus estilos de vida, durante o atendimento das suas necessidades de saúde, assim como nos recursos comunitários. Estas oportunidades, conferem-lhe o papel de agente facilitador da mudança que se pretende efetuar (Correia et al., 2001). Esta ideologia é reforçada por Moreno et al. (2000) ao afirmarem que a enfermagem, de entre um conjunto de outros agentes de saúde (médicos, Enfermeiros, paramédicos...) ocupa um lugar relevante pelas suas características polivalentes.

A educação para a saúde constitui intervenção do Enfermeiro nos diferentes contextos de trabalho, declarando a dimensão da educação muito relevante e tida como indispensável na prática profissional. Os momentos de relação educativa entre o Enfermeiro e a pessoa/s cuidada/s são promotores da aprendizagem de competências benéficas à saúde e bem-estar. Através das sessões de educação para a saúde sobre uma determinada temática os profissionais de saúde visam ajudar a construir conhecimento nas pessoas/grupo-alvo a quem se dirige, para ajudá-las a reconhecerem os seus problemas e actuar individualmente ou colectivamente na procura da sua resolução. De acordo com Osório (2006: 15 cit. por Branco, 2011: 91) *“a prevenção, através da educação para a saúde, e a organização de campanhas que ao termo da liberalização de hábitos e à modificação de comportamentos do Homem e da Mulher, constituem a vanguarda das medidas a tomar para reverter este importante Problema de Saúde Pública.”* A educação para saúde envolve comunicar, transmitir informações gerais e mensagens sobre a mudança de atitude e comportamento em linguagem simples e compreensível, a indivíduos ou grupos. As

comunicações devem conter linguagem adaptada ao local e à cultura das pessoas e devem ser desenvolvidas em colaboração com a comunidade e de acordo com directivas nacionais. É importante que o conteúdo da mensagem transmitida/aconselhada seja sempre o mesmo, independentemente do local, por quem e para quem ela é transmitida.

A educação para a saúde dá ênfase à mudança voluntária e o seu foco são as atitudes e os comportamentos de saúde, o conceito de risco e percepção de risco. Ter estes conceitos como ferramenta de trabalho, na prática da educação para a saúde, implica da parte dos profissionais de saúde, formação profissional, pedagógica, científica e cooperação na ação (Carvalho, 2006). A educação para a saúde não deve ser um evento isolado, mas sim uma actividade contínua que exige um esforço constante dos profissionais de saúde em manter os seus conhecimentos atualizados (WHO, 2006a).

MULHER E FAMÍLIA

<i>Introdução</i>	157
6.1. <i>A Mulher e a Reprodução Social da Família</i>	157

“Às mulheres –mãe e avó– é atribuído o papel de educar filhos e netos nos princípios da cultura trazida da nação originária. A origem comum é apenas um qualificador incompleto da identidade étnica, pois esta presume, igualmente, a prática cultural compartilhada pelos membros da comunidade. Os argumentos a favor da endogamia são relacionados à função da família como transmissoras da língua e dos costumes para os descendentes”

(Seyferth, 2000: 166).

Introdução

Este breve capítulo pretende retratar a mulher enquanto membro da família e elemento com coresponsabilidade proliferativa dos seus elementos. O seu papel enquanto ser gestante no seio familiar incute-lhe responsabilidades não só pessoais e familiares, mas também sociais.

A família emerge como um dos focos dos cuidados de enfermagem e, como tal, deverá ser entendida como unidade básica da sociedade que tem vindo a sofrer alterações aos níveis da sua estrutura e dinâmica relacional, revelando fragilidades e potencialidades que determinam a saúde dos seus membros e da comunidade onde se insere. A evolução e situação atual da mulher portuguesa, que não tem sido alheia a estas mudanças, é uma abordagem presente. Os profissionais de saúde, especificamente os Enfermeiros pela sua relação cuidativa de proximidade à mulher e à família, são os que promovem a saúde da mulher, das mulheres de uma família. Uma família salutar procria de forma sadia e dá continuidade a gerações com mais possibilidades de prevenirem situações de enfermidade através de bons hábitos e bons costumes promotores de uma vida com saúde e com qualidade. Quanto mais saúde tiverem as mulheres, mais saudáveis são as famílias, a sociedade, o país...

6.1. A Mulher e a Reprodução Social da Família

A política de Saúde da Mulher num país tem como objetivo primordial indicar os recursos mínimos necessários, mas abrangentes, à saúde daquelas que, além de serem a maioria da população portuguesa, cuidam, supervisionam e acompanham a saúde de outros elementos da família ou de pessoas exteriores a ela (amigos, vizinhos e comunidade). Apesar da importância da mulher no contexto de manutenção da sua família.

Nos países desenvolvidos do Ocidente, onde as mulheres, numa maneira geral, vivem em boas condições socioeconómicas e têm acesso a cuidados de saúde mais modernos, baseados em investigação científica, acontece o quase desaparecimento da mortalidade materna. Esta taxa de mortalidade materna quase nula reflecte-se na mais longa esperança média de vida das mulheres desses países.

O ano de 1990 foi o ano que se tomou por referência para os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). Mundialmente a UNICEF calcula que 10 milhões de mulheres morreram devido a complicações da sua saúde reprodutiva, nomeadamente relacionadas com a gravidez e com o parto. Estes organismos estimam que cerca de 4 milhões de recém-nascidos morrem em cada ano, antes de completarem os 28 dias de vida (UNICEF, 2009).

Os movimentos das mulheres têm desenvolvido acções de crítica, relativamente à saúde na maternidade, apelando maior controlo sobre o (seu) corpo feminino e sobre a relação entre profissional de saúde (leia-se médico e Enfermeiro, no sentido de serem estes os profissionais de saúde que mais cuidam da mulher na sua saúde reprodutiva) a mulher (Martin, 1987).

A mulher portuguesa vive num país onde a igualdade entre os homens e mulheres deixou de ser uma mera utopia, pois a luta pela discriminação das mulheres foi vencida. Os factos históricos, acerca da emancipação e conquistas femininas são a confirmação deste percurso. Em 1824 o 1º Congresso Feminista e de Educação marcou o progresso das mulheres, acabando por ser permitido às mulheres trabalharem na Função Pública e mais tarde tiveram permissão para votar. Em 1867, surge o 1º Código Civil, que melhora uma parte da situação das mulheres (Guimarães, 1986), nomeadamente já se refere a ela, e a lei civil passa a ser igual para todas as pessoas, não havendo distinção de pessoa nem de sexo.

É certo que as sociedades, nas suas medidas políticas e sociais, orientam o direito à maternidade o que leva a que esta acabe por ser para uma expressão da cultura em que a mulher é membro ativo, tendo implícito os valores que descrevem a mulher e o filho. Do ponto de vista da mulher, a altura em que vive, o modo como a cultura e a sociedade percebem e conhecem a maternidade, tem grande impacto na vivência com que a mulher, como pessoa, experiencia a sua gestação e a maternidade (Barbaut, 1990; Cordeiro, 1994; Kitzinger, 1996; Williams, 1999; Canavarro, 2001; Santiago, 2009).

Em 1911 a Constituição da República já apresentava alterações evidentes no que compete à igualdade de género. A mulher conquistou os direitos reprodutivos, à maternidade, à invalidez, à reforma e à velhice.

As mulheres são as principais vítimas em ambientes de violência e esta é uma situação que em 2012 marca como sendo das mais negativas e mais preocupantes em Portugal (segundo o Observatório das Mulheres Assassinadas em Portugal, constituído em 2004 como grupo de trabalho, da União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR), as queixas de violência doméstica apresentadas às autoridades são, em média, de quatro por hora. Este Observatório registou em 2011 o homicídio de 27 pessoas num contexto de conjugalidade e relações de intimidade). Embora o Código Penal Português (1995) tenha introduzido alterações, estas nem sempre são seguidas pelos cidadãos, em relação à violência que praticam, daí poder dizer-se que a protecção está legislada para ser assegurada, mas não está a ser na sua plenitude. O medo das represálias leva a que na maioria dos casos, os protagonistas de maus tratos não sejam penalizados. Isto deve-se essencialmente ao medo das mulheres apresentarem queixa à autoridade. Este medo invade também o campo do assédio sexual, no local de trabalho. As protecções existem no terreno, mas muitas das vezes não são accionadas pelas mulheres. Em Portugal a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres é a entidade governamental que preserva os direitos das mulheres.

A evolução das sociedades, nos seus constantes ajustes aos acontecimentos sociais, político-económicos e, particularmente, à influência da evolução tecnológica e científica, têm provocado mudanças em todos os campos da saúde onde a Saúde da Mulher não é excepção.

Em Portugal as problemáticas não diferem das dos outros países ocidentais, e tal como outros países, também ela tem população estrangeira a residir no país. Este fenómeno migratório tornou-se, nas últimas décadas do século XX, um acontecimento preocupante e representativo no país, envolvendo um conjunto complexo de questões, pois trata-se de povos com características diferentes e variadas que afectam tanto os próprios imigrantes como a população portuguesa (Baganha, 20004).

Atualmente a Maternidade compõe-se de contradições e posições objectantes, embora estejam disponíveis as condições que amparam a mãe nos cuidados com o Recém-nascido, o que compromete na capacidade, pelo menos aparente, de desenvolver a função materna, as condições de vida da mulher (casal) entram em colisão com a visão tradicional da maternidade, do que se espera do dinamismo materno, da função da mulher na sociedade e na família.

Ser mãe na contemporaneidade traz questionamentos sobre o que é ser mãe. A sociedade atual gera conflitos por não saber qual a posição a tomar diante da maternidade e do que esta representa para a mulher (mãe, sem descurar a criança), pois em vez de descomplicarem a

maternidade, as novas orientações expuseram tensões sobre os pressupostos tradicionais de como devem ser as mães (Hrdy, 2001).

Embora a sociedade tenha incluído e acolhido a mulher no mercado de trabalho, criou-se conseqüentemente, dificuldades em a mulher conseguir conciliar o ser mãe e o ser profissional. Esta situação observada pelo lado da criança e sob uma visão psicanalítica destaca a mãe como um agente relevante na formação psíquica da criança, tornando-se a responsável, de modo simplista, por determinar a saúde ou a doença (principalmente a psíquica) de uma criança.

Estudos realizados na década de oitenta sobre a família demonstram que a chamada "*cultura psicanalítica*" teria contribuído para as mudanças ocorridas na relação mãe e filho e na família como um todo, "*contribuindo para que aos papéis materno e paterno fossem acrescidos uma perspectiva cada vez mais individualizante*" (Moura, 2004).

Mas, importa ver que a mulher encontra-se devidamente inserida no mercado de trabalho, descobrindo a sua realização profissional, através deste, passando a encontrar satisfação pessoal para além da maternidade. Vive-se em tempos de a mulher ter hipóteses de escolhas ao (e para) orientar a sua vida, de poder escolher entre casar ou não, em tem a liberdade de expressar a sua sexualidade fora do casamento, perante os avanços científicos da contraceção, poder optar por ter, ou não, filhos e decidir qual a melhor altura da sua vida para os ter, podendo até interromper de forma voluntária e em ambiente hospitalar uma gravidez, pode até escolher viver a maternidade sozinha, sem ter receio que essa sua opção lhe acarrete a exclusão social, pode ter filhos sem estar relacionada na assistência concreta de um parceiro, pois tem hipótese de poder recorrer à fertilização assistida, etc. Enfim, situações que representam conquistas históricas.

Também no que respeita ao ciclo reprodutivo feminino, da menstruação à menopausa, a investigação tem sido pressionada pelos grupos de mulheres que, ao longo dos tempos, e através da acessibilidade às demais fontes de comunicação e informação, tem vindo a deixar os mitos e as crenças que a vinculavam às tradições das famílias e comunidades em que sempre estiveram inseridas. Nestas situações as intervenções educativas dos profissionais de saúde¹⁷, com destaque para as enfermeiras aquando, principalmente, das consultas de Planeamento Familiar e Saúde Materna, vão informando e esclarecendo sempre com base na evidência científica. Cada vez mais se delineiam projectos de investigação que visam dar resposta científica às situações identificadas

¹⁷ A Educação em Saúde é capaz de produzir ação, pois é um processo de trabalho formativo dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que ocorra desenvolvimento de juízo crítico e capacidade de intervenção sobre as suas próprias vidas, ou seja, apropriação da sua existência como um ser humano que visa pelo seu bem-estar e plena saúde.

no seio destas consultas. Assim, os profissionais que realizam a pesquisa e os que aos seus resultados se vão (in)formar ficam cada vez mais capacitados para melhor cuidar das pessoas.

MULHER E SAÚDE SEXUAL/REPRODUTIVA

<i>Introdução</i>	165
7.1. <i>Saúde Sexual e Reprodutiva.</i>	165
7.1.1. <i>Menopausa.</i>	166
7.1.2. <i>Síndrome pré-menstrual.</i>	171
7.1.3. <i>Aborto.</i>	173
7.1.4. <i>Interrupção voluntária da gravidez.</i>	180
7.1.5. <i>Climatério e menopausa.</i>	185
7.1.6. <i>Vacinação antitetânica.</i>	186
7.2. <i>Mutilação Genital Feminina.</i>	187
7.3. <i>Parentalidade.</i>	191

“Saúde Reprodutiva é um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou enfermidades, em tudo o que se relaciona com o sistema reprodutivo, as suas funções e processos”.

(WHO, 2009; IPPF, 2009).

Introdução

O presente capítulo faz uma compilação de temáticas correlacionadas com a saúde sexual e reprodutiva da mulher consideradas conceptualmente pertinentes para o seu entendimento como áreas de intervenção em Enfermagem, como a menstruação, a síndrome pré-menstrual, a gravidez inserida nas questões correlacionadas com o aborto e com a interrupção voluntária da gravidez. A contraceção, o climatério e menopausa e a vacinação antitetânica são focos de ação da enfermagem que estão presentes. Correlacionados com a intervenção atual do Enfermeiro conceptualizou-se a questão da mutilação genital feminina e a da parentalidade. Muitas outras áreas poderiam ser esmiuçadas como por exemplo: a infertilidade, o diagnóstico pré-natal, o parto, o puerpério... mas que estão mais claramente correlacionadas com os procedimentos de enfermagem dirigidos à mulher e pertencem ao leque do entendimento geral da área cuidativa do Enfermeiro.

7.1. Saúde Sexual e Reprodutiva

De acordo com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo,1994) o conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e possam decidir se, quando e com que frequência têm filhos. Condição que pressupõe o direito de cada indivíduo a ser informado e a ter acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres terem uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis. Abrange, também, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais. Os cuidados a prestar em Saúde Reprodutiva constituem por isso, um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos. Para mulheres e homens ao longo do seu ciclo de vida.

Em Portugal, a partir do ministério da Saúde e da DGS, existe desde 2007 o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) que abrange as áreas de: Planeamento Familiar, Vigilância Pré-Natal, Diagnóstico Pré-Natal, Interrupção Voluntária da Gravidez e Procriação Medicamente Assistida. Trata-se de um programa que pretende dar continuidade ao trabalho, que ao longo dos tempos tem vindo a ser desenvolvido neste país e que pretende reforçar as boas práticas em diferentes vertentes com vista à obtenção de ganhos em saúde através duma atitude pessoal, profissional ou comunitária autónoma, flexível e dinâmica, que invista em intervenções focalizadas nas mulheres e nos homens na sua própria Saúde Sexual e Reprodutiva. A efectiva concretização destes objetivos dá resposta ao Plano Nacional de Saúde 2004/2010 português.

A saúde reprodutiva da mulher encontra-se dividida por intervenção em áreas problemáticas, ou sensíveis, que se enquadram como prioridade nacional do PNSR da DGS, nomeadamente: saúde materna; planeamento afamiliar; rastreio do cancro do colo do útero e do cancro da mama. São áreas de intervenção que exigem articulação entre as unidades de cuidados de saúde primários, centros de saúde e as unidades de cuidados de saúde diferenciados, os hospitais. Objetivam nesta relação, tendo em conta os recursos disponíveis, uma resposta eficaz às necessidades existentes da população refletindo nas melhores decisões para facultar e facilitar a partilha dos cuidados à pessoa, família e comunidades.

Neste contínuo de intervenção na área da saúde da mulher existe a necessidade de interligação com outros programas como é o caso da saúde infantil, das doenças oncológicas e de outros serviços de apoio, como o serviço químico-farmacêutico. Para garantir um equilíbrio na prestação de cuidados à mulher, e na ausência de um programa nacional superiormente designado, os profissionais de saúde baseiam-se na legislação em vigor, nas Orientações Técnicas e nas Circulares Normativas e Informativas da DGS. Pois, no ciclo vital da mulher decorrem factores fisiológicos, culturais e sociais que podem interferir com o seu equilíbrio e bem-estar e que devem ser focos de atenção dos profissionais de saúde. Opta-se por fazer menção dos que se consideram ser os mais pertinentes no quotidiano funcional do Enfermeiro, designadamente:

7.1.1. Menstruação

As jovens mulheres, iniciam normalmente a menstruação por volta dos dez anos de idade, é a denominada Menarca. Durante o denominado ciclo menstrual, o endométrio do útero prepara-se para a implementação do óvulo fertilizado, agora denominado por ovo ou zigoto. Se não acontecer a concepção o endométrio descama e dá origem à hemorragia menstrual, a menstruação. Esta hemorragia é composta por sangue, muco, e membranas endométricas que podem ser

semelhantes a pequenos coágulos. A quantidade de fluxo menstrual total varia, normalmente entre 150gr a 250gr. O tempo de cada ciclo menstrual é 28 dias, ciclo regular, mas pode variar até 40 dias, ciclo irregular. O ciclo menstrual é regulado por uma complexa sequência de interações entre o hipotálamo (região do encéfalo), a hipófise (ou glândula pituitária), ambas situadas no cérebro, as glândulas suprarenais (órgãos achatados, em forma de meia lua, situam-se no pólo superior dos rins, fabricam hormonas normalmente conhecidas por corticosteróides.

Os ovários (órgãos em forma de amêndoa, localizados um de cada lado do útero, por baixo e atrás das trompas do Falópio, medem cerca de 3cm de comprimento e 2cm de largura e 1cm de espessura, têm a função da ovulação e a produção de estrogénios, progesterona e androgénios) e o útero (órgão que se divide em duas partes principais: uma superior e triangular, denominada por corpo e outra inferior e cilíndrica denominada por colo uterino ou cérvix. Tem a função de recepção, implementação, retenção e a nutrição do ovo fertilizado e posteriormente do feto durante a gravidez e a expulsão do feto durante o parto. É também responsável pela menstruação cíclica). A função ovárica é controlada pelas hormonas hipofisárias, que são a *hormona folículo estimulante* (FSH) que é a responsável pelo crescimento e maturação dos folículos ovarianos, a *hormona luteinizante* (LH) que também colabora na maturação do ovo assim como da regulação da secreção de progesterona controlando o amadurecimento dos Folículos de Graaf, logo da ovulação, no ciclo ovárico.

O hipotálamo tem o tamanho semelhante ao de uma amêndoa. Liga o sistema nervoso ao sistema endócrino, produz e secreta *neurohormonas*, que são seu exemplo: a *hormona estrogénio* na mulher que tem efeito sobre diversas áreas do corpo, como por exemplo o cabelo, o desejo sexual, o tamanho das mamas, as hormonas corticosteróides, como a *hormona progesterona*, que é produzido nas glândulas supra-renais a partir da puberdade sob informação ovárica, nomeadamente do corpo lúteo ou corpo amarelo que se forma em todos os ciclos menstruais após a ovulação e conseqüente rompimento do folículo ovárico, permanecendo no ovário cerca de 14 dias, fase luteínica, até degenerar se não houve concepção, a *hormona epinefrina* ou adrenalina que é simpaticomimética e neurotransmissor, derivada do aminoácido tirosina, secretada pelas glândulas supra-renais e controladora da libertação do óvulo no ovário, que em caso de desregulação pode causar amenorreia (ausência completa de menstruação).

Durante o ciclo menstrual, a variação dos níveis de *estrogénio* (designação das hormonas estradiol, estriol e estroma) influi no desenvolvimento, a cada mês, do óvulo no ovário, no controle da ovulação e na proliferação do endométrio, que precede à menstruação, assim como exerce influência sobre a secreção da cérvix. É responsável pelo aparecimento dos caracteres sexuais femininos, e a sua falta causa ondas de calor corporal, situação que ocorre aquando da

menopausa (período fisiológico feminino que ocorre entre a idade 45-5º anos e se caracteriza pelo encerramento dos ciclos menstruais e ovulatórios).

Segundo Silva (2003), estudos internacionais desenvolvidos por Snowdern & Christian (1983), Croom & Scambler (1985) e Miles (1991), descobriram que a maioria das mulheres, sujeitas a diferentes culturas, referem sintomas de desconforto, mal-estar ou dor, bem como mudanças de humor, durante os períodos menstruais. A patogénese desta sintomatologia é pouco clara, contudo cerca de 10% das mulheres suas pacientes recorrem a tratamento médico (Rumeau-Rouquette, 1997). A manifestação clínica de ter dismenorreia, dor, durante o período menstrual é também um dos sintomas frequentemente referido (Idem).

Investigadoras feministas têm procurado dar um carácter natural à menstruação e a todas as possíveis sintomatologias ou sinais de mal-estar e dor que a ela muitas vezes estão associadas, chegando a referir críticas à sua medicalização, relacionando-a como uma nova forma de controlo sobre a sexualidade da mulher (Lorber, 1997). Este debate surge, contudo, no âmbito da forma ideológica pois ou se verifica a defesa pela prática medicada ou pela crítica do uso do medicamento, e na realidade o que é notório é a recusa médica da objectividade dos sintomas referidos pelas mulheres (Silva, 2003: 65).

Duma forma geral, nos países ocidentais tem-se vindo temporalmente verificando que a idade média da menarca tem vindo a baixar desde meados do século XIX em correlação com a melhoria socioeconómica e com as melhores condições de vida das populações no que se refere à sua nutrição, higiene e usufruto dos cuidados de saúde (Rosenberg, 1991, cit. por Gama, 1998: 17-22). Um estudo desenvolvido, entre os anos 1993 e 1996, por Gama et al., (1998) com estudantes universitárias portuguesas de Coimbra e Lisboa identificou o valor médio da menarca de 12,93 anos. A idade de menarca apresenta diferenças segundo a classe social, observando-se também na amostra portuguesa que as *“mulheres que cresceram no meio urbano têm idade de menarca mais precoce relativamente às que viveram no meio rural”* (Gama, 1998: 20).

A menstruação *“é um processo fisiológico da mulher em idade fértil, mas este processo pode sofrer alterações”* (Carvalho, 2004: 35), designadamente se um fluxo menstrual é mais intenso que o considerado normal (uso de dois pensos higiénicos por dia), que leva à troca de penso higiénico em cada duas horas, ou o aumento da duração da menstruação em mais de três dias, ou o seu encurtamento para menos de dois dias em relação ao ciclo anterior, o aparecimento de hemorragia entre as menstruações, a eliminação de coágulos, a presença de menstruações em tempos inesperados ou a presença de anemia devido à intensidade da perda sanguínea pode levar a mulher ser medicada com suplemento de ferro ou até a transfusão sanguínea (Carvalho, 2004;

Lowdermilk, 2008; O'Reilly, 2007). As alterações referidas, segundo Carvalho (2004: 35-36), podem ser classificadas quanto:

À duração

- a) *hipermenorréia*, quando a menstruação dura mais de 5 dias;
- b) *hipomenorréia*, quando a menstruação dura menos de dois dias.

À quantidade de sangue perdido

- a) *menorragia*, quando há presença de hemorragia durante o período menstrual, cuja causa pode ser devido a alterações endócrinas, doenças inflamatórias, tumores benignos ou malignos e estresse emocional;
- b) *oligomenorréia*, quando existe diminuição da quantidade do fluxo menstrual.

Ao intervalo entre as menstruações

- a) *proiomenorréia*, quando existe um aumento da frequência dos ciclos menstruais e estes ocorrem a intervalos inferiores a 25 dias;
- b) *polimenorréia*, quando ocorre um ciclo menstrual a cada 15 dias, situação geralmente causada por ciclos anovulatórios, pois como não há o corpo lúteo também não há a fase secretória do endométrio;
- c) *opsomenorréia*, quando existe diminuição da frequência dos ciclos menstruais e ocorrem intervalos de 35 a 40 dias;
- d) *espaniomenorréia*, quando o intervalo entre as menstruações se prolonga por 2 ou 3 meses, nestas situações pode haver insuficiência hipofiso-gonadal e pode ser o início de uma amenorreia definitiva, que ocorre antes dos 40 anos denominada por menopausa precoce.

A outras causas:

- a) *menóstase*, quando existe a suspensão brusca da menstruação, antes do tempo normal para o seu término, pode estar associada à vivência de fortes emoções;
- b) *metrorragia*, quando acontece uma hemorragia fora do período menstrual (hemorragia intermenstrual) e cuja causa pode estar associada a tumores benignos ou malignos no útero ou nos anexos;
- c) *spotting*, quando aparece pequenas perdas sanguíneas fora do período menstrual ou que o precedem.

Estudos internacionais, mencionam que a maioria das mulheres de diferentes culturas, fazem referência a sintomatologia de desconforto, mal-estar ou dor, assim como mudanças de humor, durante os seus períodos menstruais (Snowden,1983; Croom, 1985; Miles, 1991; Alexander, 2007; Maybin, 2011; Johnston-Robledo, 2013).

Os problemas frequentes, que estão teoricamente associados à menstruação, são a *amenorreia*, a *dismenorreia*, a *síndrome pré-menstrual* e a *hemorragia uterina disfuncional*. Abordando-os separadamente temos a:

Amenorreia, termo que designa a ausência de fluxo menstrual na altura temporal em que deveria ocorrer. Quanto à época do seu aparecimento pode ser nominada em amenorreia primária quando a mulher já completou 16 anos de idade e a menarca não surgiu (Carvalho, 2004:36). Pode ser resultado de problemas relacionados com as hormonas ou com um baixo Índice de Massa Corporal (IMC) da mulher (cálculo que identifica o peso ideal relacionado a altura com o peso da pessoa), cuja fórmula: $IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$. A amenorreia secundária consiste na ausência de fluxo sanguíneo durante três a quatro meses (ciclos) consecutivos, excepto durante o estado gravídico, amamentação e peri-menopausa; pode também ocorrer como resultado de condições específicas tais como anorexia nervosa, tumores, quistos ovarianos, abuso de substâncias, estresse ou uso de contraceptivos orais. Os profissionais de saúde devem primeiro identificar a causa da amenorreia na mulher e só depois considerar as opções de tratamento. (Alexander, 2007: 114).

Dismenorreia, também denominada por algomenorréia, menalgia e síndrome dismenorreica, consiste em dor uterina ou cólica menstrual caracterizada por uma dor no baixo-ventre que pode irradiar para a região lombar e coxas e que pode ocorrer acompanhada por náuseas, vômitos, cefaleias, tonturas, calafrios, palidez e desmaios (Fonseca, 1999; Diegoli, 2006; Quintana, 2010). Estas dores começam 1 a 3 dias e, embora na generalidade não seja um problema sério de saúde, pode provocar mensalmente limitações para um número significativo de mulheres (Adeyemi, 2007; Alexander, 2007; Ortiz, 2009; Unsal, 2010; Sezeremeta, 2013). Tem uma incidência comum nas mulheres entre os 18 e 25 anos, diminuindo de intensidade ou até desaparecendo depois desta faixa etária. Está relacionada a sua melhoria com a actividade sexual, gravidez e parto. Na presença de dismenorreia a avaliação médica deve ser meticulosa e os exames complementares devem excluir outras situações patológicas. A conduta de enfermagem tem uma posição influenciadora e passa pela promoção da educação sexual, visando a preparação das meninas para a adolescência e idade adulta. A avaliação holística da mulher realizada pelo Enfermeiro pode reconhecer alterações na estrutura emocional da mulher que podem acentuar o seu desconforto, pelo que urge providenciar ou promover o seu encaminhamento para apoio psicoterapêutico. Aconselhar a mulher a desenvolver uma actividade física regular para tonificar a musculatura e melhorar a sua postura corporal é outra intervenção que pode trazer benefícios no bem-estar destas mulheres. Como referem dor, as mulheres com dismenorreia devem ser medicadas com analgésicos comuns e/ou espasmolíticos, anti-inflamatórios, entre outros consoante a necessidade individual. Outra postura possível, e em caso de insucesso nos tratamentos anteriores, se houver desejo de anticonceção a

hormoterapia (anticoncepcionais orais de baixa dosagem) podem ser uma solução dado que a sua ação bloqueia a ovulação e irão eliminar a dor (Carvalho, 2004: 38).

Hemorragia uterina disfuncional, que consiste numa hemorragia de origem endócrina que pode ser coincidente ou não com a data menstrual, ou que surge posteriormente a um atraso do período menstrual. Etiologicamente verifica-se que a mucosa uterina é o único local, no corpo da mulher, onde a ocorrência regular e periódica de necrose e descamação com hemorragia controlada é, em geral, mais um sinal de saúde do que de doença. Esta perda sanguínea periódica resulta do controle de um equilíbrio delicado entre as hormonas hipofisárias e as ovarianas que decorre de uma resposta específica do endométrio. Se houver desequilíbrio da proporção estrogénio/progesterona, pode ocorrer uma descamação irregular do endométrio levando ao aparecimento de hemorragia. A produção constante de estrogénio proveniente de folículos que não chegam a ovular tendem a formar um endométrio aumentado, com hiperplasia. O nível de estrogénio circulante também pode variar de acordo com os estímulos do crescimento folicular e quando ocorre a sua redução espontânea ou devida a ação medicamentosa, pode enfraquecer o apoio vascular do endométrio levando a necrose e perda sanguínea. As mulheres mais idosas possuem um endométrio hipoplásico (com fraca actividade de produção do tecido) assim como uma fraca produção de estrogénios leva à destruição da mucosa uterina e a faz sangrar quando traumatizada ou infectada. Mas outros factores podem ser predisponentes como a situação de carcinoma do corpo ou do colo uterino, fibromas, pólipos, endometriose, traumatismos, tuberculose, distúrbios ovarianos, complicações de uma gravidez, assim como distúrbios do metabolismo de esteróides, doenças sistémicas como a leucemia, purpura, etc., os estados mórbidos, crónicos e debilitantes, a presença de anemia por escassez de ferro e presença de hipo ou hipertiroidismo (Lowdermilk, 2008; O'Reilly, 2007; Carvalho, 2004; Olds, 1987; Ziegel, 1986).

7.1.2. Síndrome pré-menstrual

Atualmente verifica-se um aumento no número de mulheres que sofrem os transtornos provocados pelo período que antecede a menstruação, chamado de síndrome pré-menstrual (SPM), manifestando sintomas fisiológicos e psicológicos como ansiedade, irritabilidade, fadiga, nosstalgia, tristeza e depressão (Valadares et al., 2006). A SPM, também é designada por tensão pré-menstrual e tem sido uma condição mal definida e compreendida ao longo dos tempos, não se denotando consenso na maioria dos seus aspectos (Carvalho, 2007: 41).

Existem várias hipóteses etiológicas para a SPM, mas nenhuma justifica, de forma totalitária, a sua vasta sintomatologia, pois pode-se indicar como causa o excesso de estrogénio (estradiol), a diminuição da progesterona na fase lútea do ciclo menstrual, a alteração na relação estradiol e progesterona, a atuação da prolactina na retenção hídrica, a queda dos níveis de endorfinas endógenas, haver um défice de vitamina A e vitamina B6, haver um excesso de purinas e de nicotina em circulação, etc., que podem levar a sintomatologia de tensão, ansiedade, depressão, irritabilidade, hostilidade, melancolia, isolamento aumentado, modificações nos hábitos de trabalho, motivação e eficiência diminuídas, deficiente controlo dos impulsos, abstenção de contato sexual, crises de choro, alterações da libido, fadiga, períodos de letargia e outros de agitação, dificuldade em concentração, indecisão, paranóia e pensamentos suicidas, timpanismo abdominal, aumento de peso, retenção hídrica e oligúria, alterações do apetite, presença de acne, cabelos oleosos ou secos, referência a dor nas costas, cefaleias, edema, dor muscular (mialgia) e dor articular (artralgia), entre outros (Lowdermilk, 2008; O'Reilly, 2007; Carvalho, 2004; Olds, 1987; Ziegel, 1986).

Em 1998, num estudo de corte transversal, realizado por Nogueira a 254 mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 44 anos sem condição patológica que pudesse enviesar o estudo, com o objetivo de identificar os determinantes de SPM através do reconhecimento da presença e intensidade de sintomas., foram identificados quatro grupos, designadamente: o das mulheres sem sintomas (13,8%), o das que os referiram mas de leve intensidade (22,4%), o das que manifestaram ter sintomas de forma moderada (20,05%) e o das que referiram sintomatologia de forma grave (43,8%). A forma grave estava associada com o viver com o companheiro, ter sido submetida a laqueação de trompas e não trabalhar fora de casa, assim como eram mulheres que tinha uma dismenorreia associada e/ou um ciclo menstrual irregular. O sintoma mais relatado foi irritabilidade, cansaço, depressão e cefaleias. Destas mulheres, poucas foram as que recorreram ao cuidado dos profissionais de saúde e as que o fizeram não sentiram terem sido bem compreendidas pelos profissionais de saúde, pois estes não valorizaram as suas queixas como um problema de saúde a diagnosticar (Nogueira, 1998, ACOG Practice Bulletin, abril 2000; Steiner, 2002; Johnson, 2004).

Alguns estudos têm demonstrado que o estrogénio estimula receptores neurotransmissores, como a dopamina e a serotonina e sugerem que a diminuição de estrogénio no início do período menstrual, provoca flutuações nos níveis dos neurotransmissores e consequentemente instala-se a SPM (Tiemstra,1998, citado por Alexander, 2007). Os factores genéticos parecem, também, estar correlacionados (Alexander, 2007:113).

O procedimento do Enfermeiro perante SPM deve ter em conta a individualidade da mulher enquanto pessoa, visando atender a principal área do problema e/ou queixa da mulher orientando-a para o reconhecimento e validação de sinais e sintomas para serem controlados e/ou tratados. Quando a mulher aceita a sua doença e consegue compreender as alterações que ocorrem no seu organismo ajudará no controle dos mesmos. Muitas vezes com uma dieta hiperproteica, hipossódica e pobre em açúcar, pois em casos ditos menos complicados se a dieta for corrigida e a mulher praticar exercício físico moderado pode ser a solução do problema de SPM. O ensino fundamentado da mulher perante o seu abuso de gordura e temperos, o evitar ou diminuir a ingestão de purinas e cafeínas que podem ser as causadoras do aumento da irritabilidade, assim como evitar a ingestão de chocolate, chá, café, refrigerantes do tipo cola, etc., assim como evitar as bebidas alcoólicas que ajudam na retenção hídrica e consequentemente aumentam o edema, a redução da ingestão de sal, na tentativa de reduzir a retenção hídrica assim como evitar os alimentos doces como bolos, gelados, coberturas amanteigadas, etc. A promoção da prática de exercício físico resulta no aumento dos níveis de serotonina e endorfina endógena que irá dar à mulher a sensação de bem-estar. Os medicamentos, como os analgésicos e anti-inflamatórios, os tranquilizantes ou estimulantes consoante o humor da mulher, os antidepressivos a hormonoterapia a administração da vitamina B6 da vitamina no sentido de melhorar a sintomatologia psicológica e prevenir a depressão, a administração de diuréticos quando presente a retenção hídrica severa, podem, entre outros, ajudar no bem-estar da mulhe (Lowdermilk, 2008; O'Reilly, 2007; Carvalho, 2004; Olds, 1987; Ziegel, 1986).

7.1.3. Aborto

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) em 1976 e a WHO (2005) definiram e diferenciaram aborto de abortamento, designadamente *aborto* é quando há o termo de uma gestação antes da sua 22ª semana de idade gestacional e cujo peso do produto conceptual é menos de 500gr e *abortamento* quando se dá a expulsão do concepto antes da sua viabilidade extra útero. Contudo para alguns teóricos, como para Johnson (2012: 49, 101), aborto refere-se ao nascimento antes das 20 semanas de gestação, ou ao nascimento de feto com um peso de menos de 500gr e o término intencional ou provocado da gestação é um abortamento (que pode ser a opção quando a gestação coloca a vida da mãe em perigo, quando o feto tem alto risco de ser detentor de malformação incompatível com a vida, a gestação foi fruto de violação ou a gestante opta voluntariamente pela interrupção da gravidez à luz da lei do seu país).

A incidência de abortamento é de 10 a 15% nas gravidezes diagnosticadas pela presença da *hormona gonadotrofina coriônica* (HGC) em circulação sanguínea ou pelo resultado de

ecografia pélvica (Carvalho, 2004: 137). Os factores predisponentes dos abortamentos (que Lowdermilk (2007) expressa ser outro termo para designar aborto espontâneo) são causados por alterações cromossomiais ou genéticas, tais como: a diminuição dos níveis de progesterona que determina maior sensibilidade uterina e concomitantemente predispõe à existência de contracções; a presença de infecções, como sífilis, rubéola, etc.; a traumatismo materno; a incompetência istmo-cervical ou a presença de doença materna grave (O'Reilly, 2007: 199-208; WHO, 2005: 25).

O diagnóstico de aborto é basicamente clínico, eventualmente, pode-se utilizar a ecografia pélvica ou transvaginal para confirmar a gestação/idade gestacional e/ou para constatar se houve abortamento, se este foi completo ou não.

Os abortos podem ser classificados em diferentes tipos, tendo em conta as manifestações clínicas, nomeadamente:

Ameaça de aborto (quando há hemorragia vaginal discreta, pode haver rompimento das membranas mas não há dilatação da cérvix);

Aborto espontâneo (quando ocorre de forma natural e sem interferência de manobras abortivas de terceiros);

Aborto inevitável (quando há hemorragia vaginal discreta e está presente a dilatação do orifício cervical a 1 cm);

Aborto habitual (quando há história de abortamentos espontâneos e sucessivos, 3 ou mais, geralmente por incompetência istmo-cervical);

Aborto incompleto (quando o colo uterino está entreaberto, há hemorragia abundante, a grávida refere cólicas moderadas ou intensas e geralmente o feto é expulso e permanecem retidas a placenta e as membranas);

Aborto infectado (quando existe pequena perda sanguínea, mesclada com fragmentos do ovo e corrimento purulento, a grávida refere cólicas intensas e contínuas, apresenta febre e o colo uterino entreaberto);

Aborto completo (quando há a expulsão total dos produtos da concepção feto e anexos – placenta, âmnio e córion); aborto retido (quando o conceito morre e fica retido, a grávida não refere cólicas ou hemorragia mas é comum referir mal-estar geral, cefaleias, anorexia e colo fechado);

Aborto por incompetência istmo-cervical (quando o istmo e a cérvix não conseguem sustentar os produtos da concepção);

Aborto induzido (quando ocorre na sequência duma interferência médica, que consiste na interrupção legal da gravidez por motivos medica e eticamente justificados) ou (quando a interrupção é de opção voluntária da mulher e legal segundo as leis do país em que se pratica, como é o caso português que pode acontecer até às 10 semanas de gestação);

Aborto tubário (quando a implantação do ovo ocorreu fora da cavidade endometrial, como, por exemplo, nas trompas (gravidez ectópica), ovário, locais anómalos do útero (ex.: nidação sobre a cérvix);

Aborto molar (quando o produto da concepção é anormal, caracterizado por tumefação e degeneração hidrópica das vilosidades coriais, que normalmente se resolve com a sua extração, contudo, em alguns casos pode produzir uma degeneração maligna pelo que é imprescindível um controle periódico após a sua remoção) (WHO, 2005; Carvalho, 2004: 137-139; Olds, 1987: 373-378; Ziegel, 1986:106, 244-247, 263).

O abortamento pode ter complicações para a mulher, nomeadamente: hemorragias; perfuração uterina provocada por sondas aquando do seu manuseamento; ulcerações do colo ou da vagina provocados pela medicação administrada (comprimidos vaginais de permanganato de potássio) e infecções (ex.: endometrite, salpingite, pelviperitonite e septicémia) como complicações imediatas e como complicações tardias: a esterilidade secundária à salpingite (obstrução ou aderências); salpingite crónica; dores pélvicas e transtornos da menstruação. Obstetricamente também podem surgir complicações, como uma inserção anormal da placenta; abortamentos habituais; partos prematuros; complicações na fase da dequitação e sinéquias (união de duas paredes da cavidade uterina, após curetagens realizadas em regiões uterinas muito próximas), (Carvalho, 2004: 139).

As acções dos Enfermeiros perante uma situação de aborto ou abortamento podem-se dividir nas que se referem ao pré-operatório e nas que são do pós-operatório. Assim, antes da intervenção operatória o Enfermeiro deve: (a) oferecer apoio e tranquilidade à paciente e companheiro; (b) providenciar-lhe acolhimento no internamento; (c) proporcionar-lhe repouso no leito; (d) monitorizar com frequência os sinais vitais (tensão arterial, pulso e temperatura) no intuito de determinar a presença de choque hipovolémico ou infeção; (e) avaliar a hemorragia (através da contagem/pesagem dos pensos perineais trocados, analisando concomitantemente se há a presença de decídua ou embrião nos coágulos presentes nos pensos); (f) cateterizar uma veia não só para colheita de sangue para tipagem sanguínea, factor Rh. (g) envio de produto para hemograma, como para reposição hídrica, administração de antibioterapia, analgésicos e antiespasmódicos se prescritos (Carvalho, 2004: 141).

Em caso de ter que realizar uma curetagem (raspagem do endométrio sob anestesia, com um instrumento cirúrgico denominado por cureta, com a finalidade de obter o material embrionário/placentário que ficou retido e se considerado necessário recolher material para citologia) a mulher deve ser: (a) informada sobre o procedimento; (b) esclarecida de dúvidas; (c)

preparada com jejum (mínimo de 4 a 6 horas); (d) cateterizada em veia periférica; (e) medicada (ex.: ocitócicos) se houver prescrição terapêutica (Carvalho, 2004: 140).

No pós-operatório é importante dar atenção: (a) ao repouso no leito; (b) ao jejum tendo em conta o tipo de anestesia a utilizar; (c) à manutenção do cateter venoso; (d) à administração da medicação prescrita (ex.: ocitocina, analgésicos, antibióticos etc.); (e) à monitorização do sangramento uterino; (f) à possibilidade de as mamas ficarem turgidas e ter-se que providenciar medicação para inibir a lactação (Carvalho, 2004: 141).

7.1.4. Interrupção voluntária da gravidez

“O conhecimento sobre as características da ocorrência da interrupção voluntária da gravidez (IVG) numa população é fundamental para compreender o padrão de fertilidade dessa população, para prevenir os riscos associados à realização da IVG e para planear os serviços, nomeadamente os relacionados com as atividades de saúde materno-infantil e planeamento familiar” (Henshaw, 1987 citado por Dias et al., 2000:55).

Desde sempre, o aborto é um tema fracturante, devido às diversas perspetivas existentes sobre o corpo humano, a sua sexualidade ou reprodução. Em Portugal desde o referendo de 11 de fevereiro de 2007 e de acordo com a Lei nº 16/2007 de 17 de abril que exclui da licitude nos casos de IVG, esta é uma possibilidade até à décima semana de gestação, por opção da mulher, ou porque existem seguros motivos que prevêm *“que o naturno virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo”*.

No artigo 5º da mesma Lei, os profissionais de saúde, bem como o demais pessoal dos estabelecimentos de saúde estão alertados ao *“dever de sigilo profissional relativamente a todos os atos, factos ou informações de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, ou por causa delas relacionados com aquela prática, nos termos (...) do Código Penal, sem prejuízo das consequências estatutárias e disciplinares que no caso couberem”*.

Os médicos e Enfermeiros e demais profissionais de saúde têm assegurado, pelo artigo 6º desta Lei, *“o direito à objecção de consciência relativamente a quaisquer atos respeitantes à interrupção voluntária da gravidez”*, pelo que se a invocarem *“ não podem participar da*

consulta prevista no n.º 4 do artigo 142.º do Código Penal ou no acompanhamento das mulheres grávidas a que haja lugar durante o período de reflexão”.

Às mulheres, cuja opção é a IVG, a gravidez deve ser certificada, em atestado médico, escrito e assinado, antes da intervenção, por um médico diferente daquele por quem, ou sob cuja direcção, a IVG é realizada, sem prejuízo da comprovação de que a gravidez não excede as 10 semanas calculadas a partir da data da última menstruação, confirmada através de ecografia pélvica/obstétrica (DGS, 2007b). A mulher deve ter *“um período de reflexão não inferior a três dias, a contar da data da realização da primeira consulta destinada a facultar à mulher grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável”*. Após os dias de reflexão e antes da intervenção deve entregar no estabelecimento de saúde o documento por si assinado ou a seu rogo. Em casos de mulheres grávidas menores de 16 anos ou psiquicamente incapazes, respectiva e sucessivamente, conforme os casos o consentimento é prestado pelo seu representante legal.

Existem dois métodos para realizar a IVG, designadamente o cirúrgico e o medicamentoso, em que ambos podem ser realizados em regime ambulatorio, ou seja sem ser necessário internamento. A opção do método é da mulher e aquando da consulta prévia esta deve comunicar a sua escolha ao profissional de saúde. O aborto cirúrgico consiste na remoção do conteúdo uterino através de aspiração ou dilatação e curetagem, sendo possível a intervenção ser realizada com anestesia local ou geral, tendo o procedimento a duração de poucos minutos e a hospitalização ser de cerca de meio-dia. No aborto medicamentoso são administrados fármacos (Misoprostol e o Mifepristone), por cuja ação é interrompida a gravidez e provoca contracções uterinas expulsivas (DGS, 2007b; APF, 2013).

Segundo o Anuário Estatístico de Portugal 2011 (2012), em Portugal, no ano de 2011 a prática de aborto aumentou 9% em relação a 2008, quase 20.300 mulheres recorreram à IVG, mais 153 que no ano de 2010. Cerca de 20.000 fizeram-no por opção própria. São as grávidas de idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos que mais realizam IVG (22,4%), seguindo-se o grupo etário entre os 25 e 29 anos. Do total de abortos legais neste ano, 65% ocorre na faixa etária entre os 20 e os 34 anos. A grande maioria (74,1%) referiu nunca ter realizado uma IVG. A região de Lisboa e Vale do Tejo, em que se insere o distrito de Setúbal, é a que mais regista IVG (DGS, 2012).

Em Portugal realizar uma IVG, é universalmente gratuito, mesmo para as mulheres que têm condições para o pagarem, exclusividade em relação aos outros países da Europa, para além de que quem faz um aborto tem direito a 30 dias de baixa, sem trabalhar. Toda esta conjuntura é

refutada nos Mass Média pela presidente da Federação Portuguesa para a Vida, Isilda Pegado que alerta para a necessidade de rever a legislação, pois, como refere, serem opções políticas pouco sustentáveis num país endividado, que está a pedir sacrifícios aos seus cidadãos.

Um dos deveres deontológicos, a que os Enfermeiros estão obrigados é a *“exercer a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população”* (artº 76º dos Estatutos da OE) e ainda *“o Enfermeiro no respeito do direito da pessoa igual à vida, durante todo o ciclo vital, assume o dever de atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias”* (artº 82º dos Estatutos da OE). Assim sendo, quando o Enfermeiro toma a posição de ser objector de consciência sobre a IVG deve ter em conta variados factores, tais como: que a lei portuguesa continua a punir o abortamento enquanto *“ato de extrair ou forçar a expulsão do útero, do produto da concepção antes da sua viabilidade”*, descriminaliza-o em determinadas circunstâncias terapêuticas, ético-criminológicas se tivermos em conta a violação ou eugénicas, sem que isso signifique que o preconiza. (OE, Parecer do Conselho Jurisdicional -35, 2002: 1).

Os direitos do embrião/feto parecem estar em choque com o direito dos progenitores, praticado, nesta fase da sua gestação/vida. Facto que desponta reflexão sobre o conflito entre o *“direito à vida”*, *“direito à saúde e ao acolhimento”* e a competência dos pais para poderem dispor do destino do seu filho quando este ainda está, em fase de gestação, dentro do útero materno, assim como *“o direito à autonomia”* e por vezes, *“o direito à integridade física e psíquica da mãe”* (Biscaia, 2000; Melo, 2000).

O Enfermeiro tem o dever deontológico de respeitar, proteger e defender a vida humana em qualquer circunstância, sem distinção da sua natureza intra ou extra-uterina, não fazendo parte das suas competências proceder autonomamente a uma IVG, mas apenas funções interdependentes associadas ao método da IVG adoptado pelo médico, ou na administração de terapêutica devida e medicamento prescrita por ele. Mas independentemente dos valores individuais do Enfermeiro, a decisão de interromper ou não uma gravidez deve ser respeitada, nos termos da lei vigente em Portugal. A OE, no artº nº 92 do seu estatuto, reconhece ao Enfermeiro, o direito à objecção de consciência.

A Federação Portuguesa pela Vida (FPV) contrapõe os dados difundidos no Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao abrigo de Lei 16/2007, dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2012, difundido em Relatório pela DGS (2013) que indicam para uma descida de 7,6% no número de abortos (para todos os motivos e por opção da mulher até às 10

semanas de gestação) em 2012, face ao ano de 2011, pois defende que os dados devem ser estudados em harmonia com o número de gravidezes e que, analisando os dados dessa forma, em 2012 a taxa de IVG “foi superior à verificada no ano anterior”. Neste âmbito e fazendo o raciocínio: se no ano de 2011, houve 97.000 nascimentos e 19.400 abortos, houve uma taxa de aborto/gravidez de 16%; e se no ano seguinte, em 2012, nasceram cerca de 90.000 crianças e o número de abortos foi de 18.408 verificando-se uma taxa de aborto/gravidez de mais de 20%, leva a concluir que o aborto está a aumentar e não a diminuir (DGS, 2013). Porém, segundo os relatórios aconteceram menos 1513 IVG em 2012 em relação ao ano de 2011, o que pode levar à conclusão de que a IVG está a diminuir, mas também se verifica que os dados mais atuais não são definitivos, estão sujeitos a correções posteriores, como aconteceram nos anos anteriores em que houve sempre um aumento dos números finais.

Os adeptos da FPV patenteiam que Portugal tem uma política de incentivo ao aborto e destruição da natalidade, dado que 40% das mulheres que abortaram não têm filhos e 50% têm apenas um ou dois. Isto significa, na sua opinião, que 90% teriam condições para ter mais filhos. Esta associação apela às mulheres para não interromperem a sua gravidez e que se informem das cerca de 30 instituições no terreno a trabalhar no apoio à maternidade e existem os apoios sociais, designadamente que *“a partir das 12 semanas de gravidez até aos dois anos da criança, as mulheres têm direito a um apoio da Segurança Social de seis euros por dia, valor que ajuda a resolver a problemática, pois dá para o leite e fraldas”*. As complicações da interrupção da gravidez, tais como as infeções, perfurações uterinas, etc., diminuíram em número e em gravidade desde a introdução da Lei 16/2007 e que este começou a ser praticado nas Unidades do serviço Nacional de Saúde (DGS, 2013).

Segundo a DGS (2012) das 4179 mulheres que optaram pela IVG, mais de um quinto (22,7%) mencionaram que estavam desempregadas, um novo aumento face a 2011, ano em que já se tinha registado um acréscimo nesta categoria, e que foi em 2012 a predominante. Realidade que se justifica com o aumento do fenómeno do desemprego em Portugal.

No sentido de diminuir a gravidez não desejada sobressai o fornecimento de contraceção eficaz e segura às mulheres que não pretendem engravidar, pois este procedimento é indispensável quando se visa diminuir o número de gravidezes indesejadas que conduzem a IVG e a repetições de IVG. O incremento dos programas de educação e de promoção da saúde sexual e reprodutiva feminina e masculina, é uma ajuda no empoderamento das pessoas e da não opção pela IVG. Abordar temáticas como o prevenir da gravidez, das infeções sexualmente transmissíveis e da violência devem ser, numa sociedade que se pretende igualitária em termos de género, entendidas como sendo da responsabilidade das mulheres e dos homens.

De acordo com a WHO (2012:29), as políticas de saúde na área da interrupção da gravidez (IG) “*devem pretender diminuir a taxa de gravidezes não desejadas providenciando serviços de informação e disponibilização contraceptiva de boa qualidade, incluindo uma gama variada de métodos contraceptivos, contraceção de emergência e educação sexual abrangente*”.

7.1.5. Climatério e menopausa

Diversas terminologias são utilizadas para definir o último estágio do processo biológico da mulher, desta forma definido por Pattison & Lemcke (2004), apesar de a OMS sugerir, para evitar confusões, que dever-se-ia abandonar o termo “climatério” (WHO, 1996:15), e uniformizar toda a nomenclatura utilizada nos diferentes estudos já realizados, e por conseguinte tornar perceptível que todos eles se referem à menopausa. Desta forma, é imperativo clarificar os diferentes termos, dado que estes são empregues em manuais de saúde, em artigos científicos e de revisão de literatura e todos abordam os fenómenos biopsicossociais acontecidos em todo um percurso de alterações anatomofisiológicas, que decorrem, na mulher num período que pode variar de 2 a 8 anos. E ainda, porque instituições/organizações como a “*Sociedade Portuguesa de Menopausa (SPM), a Sociedade Internacional de Menopausa (SIM) e a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) diferenciam o conceito dos termos: climatério, menopausa, perimenopausa, pré-menopausa e pós-menopausa, adotando conceções e significados que diferem (ligeiramente) do preconizado pela OMS*” (Anjo, 2010:16).

A menopausa natural é caracterizada pela diminuição da produção de hormonas femininas e designa o período de tempo antes e depois do fim das menstruações, em que o corpo da mulher se adapta à presente baixa dos níveis hormonais (Silva, 2003: 65) e produz-se entre os quarenta e cinco e os cinquenta e cinco anos de idade em todo o mundo. Em 1990 calculou-se que havia no mundo à roda de 467 milhões de mulheres com mais de 50 anos o que leva a supor que este número aumente para 1200 milhões até ao ano 2030 (WHO, 1996: 1). Apesar da esperança de vida ao nascer variar consideravelmente de um país para outro, ela é muito semelhante em todo o mundo para as mulheres que chegam aos cinquenta anos, designadamente a média de esperança de vida após os 50 anos situa-se entre mais 27 e 32 anos (Idem: 2).

O climatério é um período da vida da mulher que se situa entre a menarca (período da vida da mulher em que há actividade menstrual) e a velhice. É uma “*fase da vida da mulher que se estende ao longo dos anos, desde o declínio ovárico pré-menopáusicos até ao período pós-menopáusicos que é quando desaparece a sintomatologia que o caracteriza*” (Lowdermilk, 2008: 75).

Na mulher, quando declina a possibilidade de reprodução por questões hormonais, considera-se que o climatério está instalado, dado que a diminuição fisiológica e progressiva da atividade ovárica e da função hormonal até ao seu término define o início do climatério (Lowdermilk, 2008; Carvalho, 2004; Silva 2003; Ziegel, 1984). A menopausa, embora seja uma das alterações fisiológicas do climatério, consiste no sinal mais facilmente identificável deste, pois significa a cessação permanente da menstruação. Comumente se denomina por menopausa toda e qualquer parte desse período de transição (Ziegel, 1984), designadamente “*o período de tempo antes e depois do fim das menstruações*” (Silva 2003: 65), pois há o período da perimenopausa que, segundo Stenchever, Droegemueller, Herbest & Mishell, 2001 (citados por Lowdermilk, 2008: 76) é um período que precede a menopausa e que é caracterizado pela diminuição da função ovárica (os ovários deixam de produzir estrogénios) e o número de óvulos vai diminuindo lentamente o que leva os ciclos menstruais a serem anovulatórios. Causa determinante da irregularidade das menstruações.

Há um século atrás as mulheres não viviam muito mais do que 50 anos, entretanto “*a expectativa atual é bem diferente, pois é, normalmente, por volta dos seus cinquenta anos que a mulher tem o fim das menstruações e as mulheres portuguesas vivem em média mais de duas décadas após esta mudança*” (Silva, 2003:65). As mulheres podem viver um terço das suas vidas após a menopausa, nomeadamente vivem num estado de carência da hormona estrogénio o que pode provocar mudanças biológicas, psíquicas e conseqüentes alterações a nível da pele, das mucosas, do esqueleto, etc.

Contrariamente ao que acontece na menarca, a menopausa só pode ser determinada com segurança após a menstruação cessar durante 1 ano. Pode ter vários efeitos sobre o corpo e os estados emocionais da mulher, estes revelam-se em sintomas que incluem acessos de calor, suores nocturnos, palpitações, menstruações irregulares, secura vaginal, insónias, diminuição da libido, dores de cabeça, enjoos, cansaço, dores ósseas, perda de densidade óssea, perturbações gástricas, incontinência urinária, aumento de peso, secura da pele, aparecimento de pelos na face, perda e enfraquecimento do cabelo, bem como irritabilidade, depressão, ansiedade, distração, etc., sintomas que são atribuídos também ao envelhecimento e muitos são comuns às mulheres e aos homens (Lowdermilk, 2008; O’Reilly, 2007; Silva, 2003).

Os sintomas da menopausa são habitualmente atribuídos à diminuição da taxa de estrogénios, embora nenhum estudo tenha ainda demonstrado uma correlação entre a carência de estrogénios e esses sintomas (Silva, 2003:66). As estatísticas revelam também o aumento das doenças cardiovasculares e da osteoporose em mulheres em período de menopausa, embora não tenha ainda sido identificada prova de nenhuma relação causal (WHO, 1994). Carvalho (2004:71),

reintera que “*as doenças cardiovasculares e as complicações de fraturas osteoporóticas são duas grandes causas de morte de mulheres climatéricas*”.

A literatura intitulada por feminina tem vindo a acusar o modelo médico da saúde que se manifesta influenciado pela importância de cultivar culturalmente a juventude e o medo de envelhecer, de tratar a menopausa como uma patologia devida a deficiências administrando às mulheres medicamentos desnecessários, que podem estar insuficientemente testados e que podem comportar riscos para a saúde das mulheres (Silva, 2003: 67).

A utilização médica dos estrogénios, como a cura dos efeitos fisiológicos e psicológicos da menopausa, começou a surgir na década de sessenta nos Estados Unidos da América (EUA), tendo sido muito popularizado, mas depois restringido devido ao risco do desencadeamento dos cancros do endométrio e da mama. Conforme o relatório da WHO (1994), para sua substituição adoptou-se uma combinação de estrogénios e progestativos que supostamente comportava menores riscos. A maior parte dos dados sobre vantagens e inconvenientes do tratamento hormonal substitutivo provém de observações e estão afectados por vários viés metodológicos que podem estar na causa de uma estimativa acrescida tanto dos riscos como das vantagens aparentes (WHO, 1994: 74). Segundo o mesmo relatório, as vantagens do tratamento hormonal substitutivo incidem particularmente na diminuição do risco das doenças cardiovasculares, vantagens que são frequentemente apresentadas na literatura médica embora não esteja ainda comprovada a medida do seu efeito protector, designadamente que a associação de estrogénios e progestativos diminui o risco das doenças cardiovasculares (Silva, 2003: 68).

Já o relatório da OMS (WHO, 1996) faz referência à relação de existência de cancro da mama quando há a utilização de estrogénios. Se o uso for menos de 5 anos parece não haver relação e que pode haver efeitos ligeiros se a utilização dos estrogénios for entre 5 e 9 anos e se o uso for durante 10 ou mais anos pode haver um aumento de risco de cancro na mama de 30% a 80%.

Ultimamente a terapêutica hormonal de substituição começou a utilizar progesterona sintetizada laboratorialmente (progestinas), mas a importância dos seus efeitos secundários tornam-nas desaconselhadas ou fazem com que a maior parte das mulheres abandonem a terapêutica. Segundo Lee (2002), várias pesquisas têm afirmado que a progesterona natural é a que se deve utilizar em associação ao estriol, que é o estrogénio benéfico do ponto de vista do seu efeito cancerígeno. Em Portugal a progesterona natural não é comercializada, ao contrário do que sucede em outros países como Inglaterra, Bélgica e França (Silva, 2003: 69).

“O aumento da esperança média de vida e a diminuição da mortalidade têm contribuído para um envelhecimento global da população, pelo que, atualmente, as mulheres viverão cerca de um terço da sua vida em pós-menopausa” (Cavadas et al., 2010: 227).

A menopausa é um processo biológico que ocorre como parte do envelhecimento da mulher. A sua saúde e bem-estar durante a menopausa dependem em grande parte do contexto cultural e económico da vida da mulher nos anos precedentes, pelo que os aspectos de promoção da saúde das mulheres durante a menopausa estão relacionados com o estado de saúde na infância e os seus primeiros anos de saúde reprodutiva (Cavadas et al., 2010: 228), sendo o comportamento, a alimentação a prática de exercício físico e o respeito pelo espaçamento entre as gravidezes os factores que vêm a exercer maior influência na fase da menopausa (Silva, 2003: 69).

Quando o objetivo é diminuir a sintomatologia da menopausa a curto prazo e/ou reduzir o risco, a longo prazo de contrair doenças do foro cardiovascular ou do foro osteoarticular, a decisão de usar um tratamento hormonal de substituição (TSH) deve estar baseada nos conhecimentos claros dos riscos e benefícios deste tipo de terapia. Neste propósito, Silva (2003: 69) relata que *“o Inquérito Eurobarómetro verificou que as mulheres portuguesas estão entre as que se consideram mais mal informadas (juntamente com a Irlanda, Espanha e Grécia) sobre o tratamento hormonal de substituição”*.

Segundo Cavadas (2010: 230), Northrup (2010), Novais (2008) e Candelas (2006), na abordagem da menopausa a colheita sistematizada de história clínica detalhada da mulher que incorpore:

- Os seus antecedentes ginecológicos, (como a idade da menarca, a história menstrual, gestas e partos, aleitamento, cirurgias ginecológicas, etc.);
- Os tratamentos hormonais usufruídos (como os métodos contraceptivos e o uso de estrogénio, progesterona e androgénios);
- A história sexual (tendo em conta a frequência das relações sexuais, libido, orgasmos, dispareunia);
- A sintomatologia de relaxamento do pavimento pélvico (como a disfunção urinária, o prolapso urogenital);
- Os sintomas osteoarticulares (como as dores ósseas ou articulares, artrites, fraturas e factores de risco para a osteoporose);
- Os antecedentes pessoais (como a presença de tuores hormono-dependentes, doenças cardiovasculares, doenças cérebro-vasculares e trombo-embólicas, doença hepática, etc.);

- Os antecedentes familiares (os referentes a menopausa precoce, doença cardiovascular, osteoporose, cancro e demência);
- O tipo de menopausa presente (se surgiu espontaneamente ou iatrogénica);
- A história alimentar (ingestão de cálcio, vitamina d e sódio);
- O estilo de vida (como os hábitos de tabagismo, alcoolismo e prática de exercício físico, dado que as mulheres que praticam exercício físico regularmente apresentam menos sintomas relacionados com a menopausa e diminuem a perda de massa óssea);
- O uso de medicação (especificamente os corticosteróides);
- A compreensão dos seus medos e expressão das suas expectativas quanto à presente menopausa;
- A realização do exame objetivo que inclua a identificação do índice de massa corporal;
- O exame mamário (com realização de mamografia e ecografia mamária);
- O exame pélvico (com exame ao útero e anexos, avaliação da impregnação estrogénica vaginal – muco, elasticidade e espessura da parede vaginal, integridade do pavimento pélvico e realização de citologia cervicovaginal);
- Os cuidados com a alimentação (como ter uma dieta rica em fruta e legumes, pobre em gorduras saturadas, rica em fibras, com ingestão abundante de água diariamente dado que o estímulo da sede diminui com a idade, rica em cálcio, vitamina d, dado que o consumo adequado destes é fundamental para a prevenção da osteoporose e em caso de carência, confirmada por densitometria óssea, deve ser ponderada a sua suplementação);
- O control do peso (dado que o excesso de peso aumenta o risco cardiovascular, diabetes, cancro da mama, hipertensão, dislipidémia, coledocolitíase, osteoartrite, apneia do sono e o baixo peso também é factor de risco para a osteoporose);
- O despiste de patologia cardíaca (dado que a mulher tem maior risco de doença coronária depois da menopausa e deve optar pela substituição das gorduras saturadas por mono ou polinsaturadas, aumentar o consumo de flavonóides, como as frutas e os vegetais e as isoflavonas).

Perante uma mulher em peri-menopausa, ou em pós-menopausa, que experimenta alterações físicas e psicológicas decorrentes do hipoestrogenismo e envelhecimento, é fundamental que o Enfermeiro reconheça a sintomatologia e o seu impacto na qualidade de vida da mulher, propondo-lhe alterações nos hábitos de vida e encaminhe para o médico sempre que se considere necessária a administração de terapêutica, pois a medicação pode ser prescrita e a mulher ser, posteriormente, seguida na consulta de enfermagem, em contexto de cuidados de saúde primários (Cavadas, 2010: 236).

7.1.6. Contraceção

Diferentes investigações realizadas com mulheres em idade reprodutiva evidenciam que a maioria conhece os contraceptivos, sobretudo a pílula e o preservativo masculino, embora o conhecimento sobre concepção e contraceção seja frágil e inconsistente o que pode explicar, em parte, o uso pouco efetivo dos contraceptivos e a existência de muitas gravidezes não desejadas e algumas recorram à IVG. Outra parte do fenómeno prende-se com a dificuldade manifestada no acesso aos contraceptivos, nomeadamente ao número de métodos disponíveis nos serviços públicos, no tempo disponível, fora do horário de trabalho, para frequentar as consultas, no horário dito desadequado às suas disponibilidades, etc., (Schor et al., 1998; Almeida et al., 2003).

Muitas podem ser as queixas manifestadas pelas mulheres, contudo não se verificam expressões que espelhem a complexa relação das mulheres com a contraceção, como as relações de género, como a necessidade de prescrição médica para a obtenção de alguns métodos. Mas, as situações de subordinação a que as mulheres estão sujeitas também se refletem no escasso diálogo com os seus parceiros no que se refere à reticência ou até mesmo recusa destes em usar determinados métodos. A contraceção continua a ser do domínio feminino, a escolha do método pode ser realizada em função do companheiro e não sua, pois elas antecipam as suas reações mesmo sem os consultarem, interiorizando a responsabilidade de evitar uma gravidez (Bajos et al., 2002). Vivem-se tempos em que as infeções sexualmente transmitidas são premissas que a mulher também tem em conta e a decisão do preservativo é a forma de proteção disponível. Estudos sinalizam que, vivendo-se o receio de se vir a contrair SIDA, a proteção utilizada para proteção da infeção pelo HIV, é o uso do preservativo, associado à prevenção de gravidez indesejada e que em situação de confiança no parceiro, ou quando a relação está estabilizada há tendência para o abandono do preservativo (Paiva, 1996).

Em Portugal, se a mulher tiver mais de 16 anos, e a gravidez é não desejada pode recorrer legalmente à realização de uma IVG, não necessitando de recorrer ao aborto clandestino. No âmbito da saúde pública as investigações específicas sobre o processo de decisão do porquê de realizar um aborto, assim como do como proceder, ao nível do contexto e do decurso das circunstâncias em que se constrói essa decisão. Os motivos explanados para a IVG são vários e podem referir a idade da mulher, a situação conjugal, o contexto social, o estar a estudar, profissionalmente não é a melhor altura, a família de quem depende financeiramente não aprova, etc. A atitude da mulher, pessoa crucial na decisão, está na maior parte das vezes dependente de outros, de alterações que a chegada de um filho traria à sua vida enquanto estudante, enquanto profissional, até à estrutura relacional estabelecida com o companheiro e progenitor (Heilborn et al., 2006).

7.1.7. Vacinação antitetânica

“A vacinação dos adultos contra o tétano é um objetivo particularmente importante do Programa Nacional de Vacinação (PNV) português pois, apesar do reduzido número de casos e de óbitos, a prevenção da doença reside na proteção individual conferida pela vacina. Ou seja só a vacinação de todas as pessoas, com os reforços regulares, de acordo com o PNV (2012) pode prevenir todos os casos de doença” (DGS-DSPCD, 2012).

A patologia do tétano consiste na contaminação de feridas pelos esporos da bactéria *Clostridium Tetani*, seguida pela multiplicação local e liberal de toxinas, responsáveis pelas manifestações da doença. A bactéria não é eliminada do ambiente, porque os esporos existem não só no solo, mas também no estrume, para além de possuírem uma longevidade viável durante anos.

O tétano pode desenvolver-se em qualquer tipo de ferida e o seu período de incubação varia de 3 a 21 dias (com uma média de 8 dias), dado que quanto mais afastada estiver a ferida do sistema nervoso central, mais longo é este período e quanto mais curto for este período de incubação maior é a probabilidade de morte da pessoa infectada (DGS, 2012: 1).

As manifestações clínicas do tétano caracterizam-se por espasmos musculares, com câibras e convulsões, pelo que o indivíduo afectado contrai os músculos mandibulares não permitindo a abertura da boca (*trismus*), apresenta um riso, vulgarmente denominado por riso sardónico, que se deve a espasmo dos músculos peribucais e pode também ter afectados os músculos da garganta, tórax, abdómen e membros. Numa fase mais evolutiva da patologia, os efeitos da toxina a nível dos músculos respiratórios interferem com a faculdade de respirar e a pessoa pode sucumbir por sufocação. No decurso desta situação patológica a pessoa afetada permanece lúcida, mais de 30% dos casos são fatais e os sobreviventes à doença não ficam protegidos contra a possibilidade de contraírem posteriores infecções (DGS, 2012).

As lesões que mais se consideram potencialmente teratogénicas (que provocam malformações congénitas) são as resultantes de:

- fraturas expostas, feridas ou queimaduras que requeiram tratamento cirúrgico não efectuado nas primeiras 6 horas;
- feridas punctiformes, com corpos estranhos, com tecido desvitalizado, contaminadas pelo solo ou estrume ou que apresentam sinais clínicos de infeção;

- lesões expostas, provocadas pela injeção de heroína contaminada pelos esporos nos toxicodependentes;
- tatuagens ou colocação de *piercings*;
- parto de uma mãe não vacinada, realizado com falta de assepsia e cuja lesão pode ocorrer no coto umbilical do recém-nascido.

A administração da vacina antitetânica é obrigatória a todos os indivíduos. Na grávida controla simultaneamente o tétano no neonato assim como privilegia a mulher em período reprodutivo.

As intervenções de enfermagem na vacinação requerem o domínio de uma grande diversidade de competências técnicas e humanas que abrangem não só a prestação de cuidados diretos às pessoas (administração de vacinas e a interação que este ato implica) mas, também, a gestão e manutenção da qualidade dos produtos vacinais e equipamentos, mais a monitorização contínua da eficácia e eficiência dos serviços, através da vigilância epidemiológica das taxas de cobertura vacinal nas populações.

Atividades como a informação e educação para a saúde, específicas deste programa, desenvolvidas tanto em ambulatório como na comunidade, promoção a motivação dos indivíduos para aderirem à vacinação, identificação de bolsas de populacionais particularmente vulneráveis devido a baixas coberturas vacinais têm sido, igualmente, factores de eficácia no desenvolvimento e prossecução dos objetivos do PNV. (Costa, 2005). Todavia, constatam-se ainda algumas lacunas na forma como a prática da vacinação é realizada e que, inadvertidamente poderão pôr em causa todo o trabalho já desenvolvido. As oportunidades de vacinação perdidas por vezes devido a uma errada ênfase atribuída a falsas contra-indicações, falhas técnicas relacionadas com as vias e locais de administração, a inadequada forma como o acolhimento inicial e os cuidados pós-vacinais são explicados aos utentes, a escassez (e por vezes receio infundado) em notificar reações adversas, omissão de registos, bem como algumas falhas na manutenção da rede de frio e a carência de formação contínua aos profissionais, poderão constituir factores de retrocesso.

7.1.3. Mutilação genital feminina

A Mutilação Genital Feminina (MGF) consiste numa tradição profundamente enraizada em determinadas comunidades, sendo encarada pelas mesmas como um hábito que dizem ser

praticado pelo bem das suas filhas (Gonçalves, 2004). Varias organizações para a proteção dos direitos humanos atestam que esta prática constitui uma forma de discriminação contra as mulheres, que as subjugam às leis de uma tradição que restringe os direitos mais básicos, impedindo-as de disfrutar da sua sexualidade e maternidade de forma plena.

A MGF compreende *”todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total da genitália externa feminina ou outros danos aos órgãos genitais femininos, seja por razões culturais ou do foro não terapêutico”* (OMS, 1997: 4). Esta prática afeta cerca de 100 a 140 milhões de mulheres, jovens e crianças, sendo que anualmente este número sofre um acréscimo na ordem dos dois milhões de vítimas, de acordo com a OMS. As Classificações da MGF conhecidas reportam a 1997 e podem ser classificadas da seguinte forma:

Tipo I: remoção total ou parcial do clítoris e/ou do prepúcio do clítoris (clitoridectomia).

Tipo II: Remoção total ou parcial do clítoris e dos pequenos lábios com ou sem excisão dos grandes lábios (excisão).

Tipo III: Estreitamento do orifício vaginal com a criação de uma membrana selante, com o corte e aposição dos pequenos lábios e /ou os grandes lábios com ou sem excisão do clítoris (infibulação).

Tipo IV: Todas as outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, por exemplo: punção/ picar, perfuração, incisão, corte, escarificação e cauterização.

A MGF encontra-se enraizada em 28 países africanos, no entanto também foram detetados casos de MGF no Médio Oriente, Ásia, América, Austrália e Europa (nomeadamente em França, Itália, Holanda e Reino Unido). A presença de casos de MGF nestes continentes é justificada pelo crescente fluxo migratório de países onde esta prática se encontra disseminada. É realizada por excisadoras, que são descritas por Martingo (2007) como mulheres de importante estatuto social na comunidade, assumindo simultaneamente a cargo de parteiras prestando cuidados à mulher e ao bebé no pré e pós parto. Na Guiné, as excisadoras são designadas por fanatecas.

Os alvos da MGF são frequentemente jovens com idades compreendidas entre os 4 e os doze anos, embora também possam ser submetidas à MGF em diferentes estágios da sua vida, nomeadamente após o nascimento, noivado, no decurso da primeira gravidez e após o parto (Gonçalves, 2004). A idade em que o corte acontece depende do grupo étnico ao qual a mulher ou jovem pertencem (Martingo, 2007).

No que se refere aos instrumentos para a realizar o corte, são utilizados pedaços de vidro, canivetes, lâminas de barbear, tesouras, navalhas e unhas. No que concerne a esterilização dos instrumentos isso não é uma prioridade.

De acordo com Little (2003), a rapariga ou mulher é levada para um local distante e é deitada numa cama ou no chão sendo imobilizada por outras mulheres que podem ser familiares, enquanto a mutilação decorre. Esta intervenção, tem uma duração de vinte minutos, está dependente da experiência, do tipo de mutilação que é executada e da resistência que a vítima exhibe no que concerne ao procedimento (OMS, 2001). Após o procedimento é aplicada uma mistura de ervas, leite, ovos, cinzas ou fezes de vaca com o intuito de acelerar o processo de cicatrização. Posteriormente as pernas das excisadas são atadas durante 40 dias e mantidas longe dos outros elementos da comunidade (Baron & Denmark, 2006).

A MGF, uma vez concretizada, é irreversível e acarreta inúmeras consequências físicas e psicológicas a curto, médio e longo prazo. Segundo os mesmos autores, a gravidade das sequelas adquiridas podem variar conforme o tipo de mutilação que é praticada, as condições em que é realizada, bem como a resistência que a rapariga apresenta e a propensão da mesma para contrair infeções.

Chalmers & Hashi (2000) realizaram um estudo no Canadá com mulheres que sofreram MGF, sendo que 96% das participantes tinham sofrido infibulação e que tinham tido filhos naquele país, nos últimos cinco anos. Esta investigação visava aceder às perceções das mulheres sobre os cuidados de saúde que lhes foram prestados durante a gravidez e o parto, assim como a sua experiência pessoal sobre a MGF. As consequências imediatas referidas pelas participantes do estudo foram as seguintes: 87,3% das mulheres relatam sentir uma dor intensa; 81,3% afirmam ter ocorrido sangramento; 70,01% sofrem de retenção do fluxo menstrual e de urina; 49,8% relatam a ocorrência de edemas e inflamações e 36,6% sofrem de infeções.

A longo prazo as consequências com maior incidência são as relações sexuais dolorosas, danos na cicatrização do períneo, retenção urinária podendo provocar infeções urinárias e aparecimento de quisto pélvicos. Outras possíveis complicações físicas imediatas salientadas pela OMS (2001) são o choque hemorrágico, tétano, anemia devido à excessiva perda de sangue, contágio do vírus VIH (que se deve à utilização de instrumentos não esterilizados) e infeções que podem conduzir à morte. A longo prazo as vítimas de MGF podem ainda estar sujeitas ao aparecimento de infeções recorrentes no trato urinário, abscessos, fistulas, formação de queloides, acumulação de fluxo menstrual na vagina, vaginismo, e outras disfunções sexuais e infertilidade.

No que diz respeito às complicações psicológicas causadas pela MGF, a OMS (2001) faz referência a perturbações psicológicas e psicossomáticas que se traduzem em problemas comportamentais, alimentares e de sono.

Para algumas raparigas, a vivência da MGF tem repercussões comparáveis às da experiência de uma violação. A confiança nos familiares e na comunidade fica também comprometida influenciando assim as relações interpares que a mulher estabelece no futuro, inclusive a relação com os próprios filhos afetando desta forma o processo de vinculação. As mulheres vítimas da MGF, apresentam sentimentos de traição, terror e humilhação, no entanto estas mulheres acabam por assumir um comportamento aparentemente dócil sofrendo em silêncio de forma a serem aceites na sua comunidade.

A MGF, de acordo com a OMS (2001), priva a mulher do direito à sua integridade física, vivência da sexualidade e maternidade de forma plena, constituindo uma prática degradante e cruel que põe em risco a sua vida em favor de uma tradição que a subjuga e restringe simultaneamente o seu direito ao livre arbítrio.

Em Portugal, o combate pela erradicação da MGF perdura há 25 anos e tem sido executado por organizações governamentais e não-governamentais como OMS a UNICEF, o Fundo das Nações Unidas para as Populações, a Amnistia Internacional, entre outras instituições, que ao longo do tempo conseguiram estabelecer diversos tratados internacionais que proíbem a realização da MGF, e introduzir, na maioria dos países onde esta prática vigora, legislação específica que a criminaliza. Porém, estas ações têm-se revelado insuficientes na eliminação da MGF. Neste sentido, têm sido desenvolvidos inúmeros programas de prevenção e intervenção no terreno com grupos étnicos em que a prática persiste.

As estratégias que têm sido bem-sucedidas (OMS, 2006: 5), envolvem a/o:

- Criação de rituais de passagem à idade adulta que mantem o ritual e o significado simbólico associado a MGF, que se traduz na passagem da infância para a idade adulta, excluindo a mutilação passando a chamar-se fanado alternativo;
- Desencorajamento da prática através da mediatização da problemática e do diálogo, com as comunidades, líderes políticos, religiosos e outros detentores de poder informal junto da comunidade, que se baseia na informação sobre os riscos e complicações resultantes da MGF para a saúde física e psicológica da mulher a curto e longo prazo;

- Sensibilização e formação de profissionais de saúde competentes para intervir eficazmente junto de pacientes vítimas de MGF;
- Empoderamento das mulheres dentro das comunidades através da promoção do seu acesso à educação, a serviços de saúde e à melhoria das suas condições de vida.

A OMS considerou Portugal um país de risco relativamente a prática de MGF, devido ao aumento do fluxo de imigrantes provenientes de países onde a prática é recorrente, bem como à lacuna existente ao nível nacional no que reporta a uma legislação específica que criminalize a MGF. Esta prática apenas prevista no Artigo 144º do código penal que condena os danos à integridade física grave dos indivíduos (no sentido lato), sendo que os imputados incorrem numa pena compreendida entre os três a doze anos. Porém, mesmo se a prática de MGF não se realizar em solo português e estiver confinada aos países de origem das comunidades imigrantes, importa assegurar às mulheres imigrantes que residem em Portugal cuidados médicos adequados às suas necessidades específicas, bem como desenvolver estratégias de intervenção com o intuito de minimizar, o mais possível as consequências físicas e psicológicas resultantes da MGF, conferindo a estas mulheres uma maior qualidade de vida. Assim, torna-se relevante formar profissionais de saúde com conhecimentos teóricos, técnicos e científicos que os habilite a serem competentes no atendimento e esclarecimento deste público feminino.

7.3. Parentalidade

A sensibilidade paternal está relacionada com o partilhar das responsabilidades domésticas e de cuidado à criança e com a quantidade de tempo passado com ela aos fins de semana. Para as mães, *“a sua sensibilidade está muito relacionada com a partilha das responsabilidades entre os esposos”* (Feldman, 2000: 183). O nascimento de um filho retrata um acontecimento de muita importância na vida dos seus pais e implica mudanças no seu processo de desenvolvimento. Estas mudanças ocorrem aos mais variados níveis e exigem respostas, também elas muito variadas, por parte dos pais. O tornar-se pai ou mãe é um processo que leva à alteração de papéis, à redefinição dos limites face ao exterior, nomeadamente a família de origem e a comunidade, pelo que refletir atualmente sobre parentalidade (do latim ‘parentáie’) não adquire sentido se não for enquadrado histórica, antropológico e socialmente. Tornar-se pai ou uma mãe inscreve-se dentro da dinâmica da sociedade, num contexto historicamente construído, onde a influência dos padrões culturais, representações sociais, crenças e valores se afiguram determinantes para a sua conceção (Martins, 2013).

A adaptação a um novo membro da família, e aos novos papéis a exercer, envolve uma estabilização de tarefas, sendo expectável que os pais demonstrem algumas competências nas atividades relacionadas com os cuidados ao bebé. O período em que o casal decide a conceção até ao período pós-parto é designado de ‘transição para a parentalidade’, que consiste num processo constituído por diversas mudanças em diversos parâmetros, em que é necessário existir um mecanismo de adaptação materna e paterna e o cumprimento de um determinado conjunto de tarefas de desenvolvimento.

Em 1957, Le Masters fez despertar o interesse pela parentalidade, ao tornar público os seus estudos que concluíam que “83% dos casais atravessam uma crise severa aquando da passagem da condição de casal para a condição de novos pais” (Dadam, 2011: 20). O psicanalista francês Paul-Claude Racamier, em 1961, propôs um conceito mais dinâmico ao termo maternidade definindo-a como “o conjunto dos processos psicoafectivos que se desenvolvem e se integram na mulher por ocasião da maternidade” (Houzel, 2004: 47 citado por Martins, 2013: 5), ficando o termo parentalidade sem ser usado durante mais de vinte anos, reaparecendo em 1985 pela mão de René Clément que reagrupou as funções e papéis parentais sob a designação de parentalidade. Na sua essência, tentou-se desmistificar que não basta ser progenitor, nem ser designado como pai ou mãe, para se preencher todos os requisitos necessários ao assumir um papel familiar complexo, dinâmico e integrador da representação de ser pai ou de ser mãe (Idem).

Uma definição normativa e tradicional de parentalidade apresenta-a como um tempo de alegria e satisfação e como uma função afetiva e socialmente compensatória, isto é, como um enriquecimento individual e familiar, imprescindível à realização total e completa do ser humano (Relvas, 1996, citado por Dadam, 2011: 24). Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE®, o conceito de parentalidade expressa as responsabilidades de se ser mãe e/ou pai, onde os comportamentos do pais beneficiam a incorporação de um recém-nascido, no seio familiar, promovem o crescimento e desenvolvimento da criança, nomeadamente a adaptação dos pais ao seu papel parental (International Council of Nurses, 2010).

Parentalidade, integra um conjunto de funções atribuídas aos pais para que eles possam zelar, cuidar, ajudar e crescer, formar e apoiar as suas crianças, compreendendo todos os papéis que os pais devem conhecer e saber inclusivamente desejar no que concerne ao desenvolvimento e promoção dos filhos (Dadam, 2011: 24). Assim sendo, importa aos pais desenvolverem estratégias que os capacitem de competências e conhecimentos específicos que lhes permitam prevenir dificuldades no cuidar do seu filho e ainda prevenir ciclos familiares de insucesso (Magalhães, 2011; Soares, 2008; Canabarro et al., 2005).

Entende-se por comportamento parental os cuidados prestados à criança num ambiente adequado com o objetivo de lhe proporcionar um desenvolvimento cognitivo e social harmonioso à criança. Este comportamento integra diversas aptidões, nomeadamente, a responsividade, estimulação verbal e expectativas de desenvolvimento, que se traduzem na sensibilidade para interpretar os sinais da criança e na responsividade para as diferentes fases de desenvolvimento (Carlos et al., 2007). A qualidade dos cuidados recebidos pela criança nos primeiros anos de vida e a relação estabelecida com a mãe são dois factores fundamentais para o desenvolvimento e saúde mental da criança, assim se esta experienciar carências afetivas durante os primeiros anos de vida isso poderá ter repercussões ao nível do seu desenvolvimento (Idem).

Para Winnicott, citado por Podkameni et al., (2007) o desenvolvimento de um indivíduo é iniciado num estado de não integração e de dependência absoluta. Quando uma criança nasce este é incapaz de sobreviver de forma autónoma independentemente das condições externas presentes, o que faz com que, o seu desenvolvimento seja condicionado por uma certa configuração ambiental. A qualidade ambiental é proporcionada, sobretudo, pela mãe no seu estado de preocupação primária, isto é, pela disponibilidade da mãe para satisfazer as necessidades do filho (Salem, 2007; Guimarães, 2006).

Uma mãe é caracterizada como sendo uma boa mãe e constitui-se como uma mãe comum através da sua capacidade de desenvolver um processo de identificação com o seu filho conseguindo, deste modo, saber, traduzir e entender as suas necessidades, designadamente uma mãe ativamente adaptada (Winnicott citado por Podkameni et al., 2007). O mesmo autor acrescenta que esta mãe não consiste apenas na tradução das necessidades fisiológica, esta está muito atenta à compreensão das necessidades do recém-nascido e de tudo o que se passa à sua volta no sentido de promover uma construção de um clima de confiabilidade e segurança.

A alimentação (especificamente a amamentação) e os cuidados corporais são (para o recém-nascido) experiências promotoras do processo de desenvolvimento de confiança (Idem). É através destas duas acções, levadas a cabo pela mãe, que o recém-nascido toma consciência dos seus processos corporais e é partindo do princípio que a ‘holding’ se liga à integração psicossomática e que o ‘*handling*’ se liga á personalização, podemos concluir que são estes dois atos físicos que facilitam os processos de maturação (Rebelo, 2013; Salem, 2007; Fuertes, 2003, 2004).

A criança deve estar em interação com o meio ambiente para tomar, ao longo do seu desenvolvimento, consciência de si como parte do mundo interior e exterior. Assim, a

vinculação entre a psique e o corpo do recém-nascido não é algo que esteja presente na origem da sua vida mas sim o resultado da interação com o ambiente (Salem, 2007; Figueiredo, 2003). Segundo Sadock e Sadock (2007: 44), um vínculo é “*o relacionamento emocional e psicológico intenso que a mãe desenvolve (...)*” com o seu filho.

A parentalidade pode ser descrita como sendo um processo de incorporação e transição de papéis que começa durante a gravidez e que termina quando o pai/mãe desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respetivos papéis (Lowdermilk et al., 2008). O facto de um casal heterossexual, de mulheres solteiras, homens solteiros, casal de *gays* ou lésbicas decidirem tornarem-se pais, origina um período de mudança e instabilidade, quer esta parentalidade seja biológica ou adotiva.

O processo pelo qual os pais começam a amar e a aceitar o seu filho e vice-versa, designa-se de apego que “ocorre em períodos críticos, tal como o nascimento e a adoção, este diz respeito a um sentimento de afeto ou lealdade que une uma pessoa a outra: é único específico e duradouro” (Klaus, cit. por Lowdermilk et al., 2002: 234), e consiste num processo que tem vindo a ser descrito como “*linear*” tendo início na gravidez, reforçando-se após o parto e intensificando-se com o tempo revelando-se necessário para o bom e adequado desenvolvimento do processo de vinculação, que se desenvolve e é mantido através da proximidade e interação dos pais com a criança, onde os pais reconhecem o seu filho como um indivíduo e membro da família. Assim, a vinculação surge através de uma experiência satisfatória mútua, que é influenciada por diversos factores, como as características da criança, logo acontece mais rapidamente com a criança cujas suas características vão de encontro às expectativas dos pais pelo que em contrapartida, se um recém-nascido não corresponder às expectativas iniciais dos progenitores, poderá haver uma ausência ou atraso no processo de vinculação.

Uma família pode ser composta por distintos sistemas familiares ou gerações. Uma pessoa, ao longo do seu ciclo vital, pode relacionar-se com cinco gerações: avós, pais, a geração criada pelo casamento ou união com parceiro, filhos, netos e bisnetos. Cada geração herda a história familiar anterior e é influenciada por questões sociais, económicas, políticas, entre outras e cada pessoa tem as suas figuras de vinculação que se podem manter no decurso da sua vida e cada figura tem um papel importante no seu sistema familiar (Solis-Ponton, 2004).

Bowlby (1958, 1969, 1973, 1980) versou numa série de documentos teóricos a sua teoria, de vinculação (manifestada principalmente pelas crianças) como um dos vetores instintivos. Este instinto de vinculação é responsável pela procura de situações de proximidade espacial com a

figura de vinculação, especialmente em situações de alarme e caso não obtenha essa proximidade a pessoa pode desencadear um vivenciar de medo e de insegurança. Porém estes sentimentos são diminuídos ou erradicados quando for possível recriar “(...) *situações de proximidade espacial com a mãe, situações essas que vão desde estar a um metro da mãe, ou ser mais intenso e levar o indivíduo a procurar o contacto corporal ou a solicitar por exemplo o colo maternal*” (Lowdermilk et al., 2002: 239). A vinculação tem sido tema de muitos estudos e apesar de Brazelton (1978) a ter caracterizado como uma atração entre pais e filhos no primeiro encontro entre eles, atualmente já está comprovado que esta se inicia antes do nascimento da criança, alicerçando-se nas fantasias maternas, nas emoções e sentimentos vividos com o embrião/feto em desenvolvimento dentro de si. Esta relação é também influenciada pela interação e expectativas da mãe em relação ao seu filho, comparativamente ao seu sexo, nome, características físicas, psicológicas e saúde, contribuindo para a atribuição de identidade à criança (Piccinini et al., 2004). A vinculação parental resulta, assim, dum processo evolutivo que se inicia antes do nascimento da criança e vai sendo reforçada em momentos de contato entre os pais e os filhos (Silva, 2012; Cerdeira, 2009).

Na abordagem da teoria da vinculação denota-se fundamental diferenciar conceitos como: o *comportamento de vinculação* que são factores observáveis aquando da interação estabelecida com a criança; a *figura de vinculação*, que consiste na figura com a qual se denotam comportamentos de vinculação, não sendo necessariamente com a figura materna; a *relação de vinculação* que consiste na relação que é construída progressivamente e que se distingue das relações pessoais, pela busca de proximidade, pela noção de base de segurança, pela noção de comportamento de refúgio e pelas reações marcadas perante a separação; o *sistema de vinculação* que consiste no conjunto de comportamentos e sistemas como o sistema exploratório, o afiliativo, o do medo; o *laço de vinculação* que compreende as ligações emocionais entre as duas pessoas intervenientes na vinculação (Guedeney e Guedeney, 2004). Estes autores citam Ainsworth (1985) referindo que “*a qualidade da vinculação está correlacionada de forma significativa com a sensibilidade materna*” (2004: 64) e que a pluralidade cultural e/ou social não impede o desenvolvimento de uma vinculação segura, pois o “*contacto físico frequente e prolongado e a capacidade para acalmar o bebé; responsividade da mãe aos sinais do bebé; meio ambiente regulado de tal forma que o bebé possa retirar um significado das consequências do seu próprio comportamento*” (Pires, 2001: 87), asseguram uma vinculação segura.

A figura parental mais frequente é a figura materna, mas esta não é a figura parental de referência para todas as crianças pois depende do tipo de família e das vivências que tem com os outros membros da família, sejam por consanguinidade ou não. Além da vinculação preferencial a

um membro da família, a criança tem capacidade para se vincular a outras pessoas, sendo essas denominadas de figuras subsidiárias (Pires, 2001).

O processo de vinculação sofre alterações ao longo do ciclo vital da pessoa, pois com o crescimento e desenvolvimento da criança as relações interpessoais vão sendo igualmente alteradas. Entrando na fase de desenvolvimento da adolescência, existem tarefas de desenvolvimento que contribuem para a construção da vinculação, como a transformação da relação do adolescente com as figuras parentais/de vinculação. Neste âmbito, a pessoa passa a procurar menos a sua figura de vinculação principal e começa a diversificar as suas relações de vinculação para os seus pares, nos quais encontra apoio e segurança (Pires, 2001). Relativamente a este reajustamento das relações existentes com os pais e/ou outras figuras de vinculação, este é feito em função da confiança que os pais vão depositando nos filhos para que estes comecem a trabalhar na construção do seu próprio caminho, tendo por base a medida da sua liberdade. É também nesta fase de desenvolvimento que a pessoa adquire novas competências reflexivas e começa a ponderar a possibilidade de passar a ser figura de vinculação para os seus futuros filhos. O adolescente continua a conviver com os seus pais, outros familiares, amigos e é esta convivência que lhe confere “(...) *importantes fontes de regulação e validação comportamental* (...)” para as suas reflexões e tomadas de decisão (Jongenelen et al., 2009: 103).

As relações de vinculação transpõem-se de relações hierárquicas para relações simétricas dado que tanto a figura de vinculação como o adolescente cuidam e recebem atenção. A utilização dos pares como figuras de vinculação é um passo fundamental na construção das relações de vinculação da idade adulta, sendo que servem de base para o desenvolvimento das relações românticas. As relações amorosas podem passar a ter um cariz sexual que também contribui para o crescimento destas vinculações (Idem).

Quando a pessoa atinge a sua idade adulta a vinculação é mais estabelecida com os pares que com as suas figuras de vinculação da infância, sendo assim maioritárias as relações de apoio mútuo, entre um casal, entre irmãos, entre mulheres solteiras e suas amigas, entre outros, pois neste período da vida compreendem-se como acontecimentos específicos: o início da vida profissional, a autonomia financeira, a liberdade pessoal com organização de um espaço próprio e constituição de família; sendo a autonomia e o estabelecimento de uma relação de intimidade com outra pessoa as tarefas essenciais de desenvolvimento (Faria et al., 2009).

Ao inverso do que acontece na infância, que é uma fase onde existe complementaridade de papéis relativamente à prestação de cuidados, nesta etapa as relações vincutivas são tendenciosas na procura de equilíbrio entre a procura e a oferta de segurança e conforto a ambos

os envolvidos e o conceito de base segura passa a ser o cerne nas relações de íntimas amorosas e de amizade. O experienciar de uma relação com o outro como uma base segura, repleta de disponibilidade, responsabilidade, confrontação face a situações problemáticas e reciprocamente, geradora de segurança, pertença e partilha, concebe o estabelecimento e desenvolvimento da intimidade nesta fase do ciclo de vida (Cassidy, 2001, citado por Lima et al., 2006). Segundo Faria (2009) algumas investigações revelam que as relações de vinculação seguras da infância influenciam e capacitam a pessoa no seu relacionamento com os outros e na sua forma de resolução de conflitos. E face à especificidade da vinculação na idade adulta verificam-se duas fases de interesse: uma focalizada no nível representacional, onde se distinguem os aspetos afetivos relacionados com a vinculação na infância e ao longo do desenvolvimento e uma outra de natureza comportamental, focada em pontos específicos da interação conjugal (Valente, 2009). Pelo que se pode interpretar que uma pessoa que teve experiência de vinculações inseguras na infância ou adolescência, como é o exemplo de experiências traumáticas, reproduza estilos de vinculação, também inseguras, com o seu parceiro da intimidade. Por outro lado, outros estudos referem como principais motivos para desenvolvimento de dependência de drogas, esta prevalência de experiências traumáticas na infância e as vinculações inseguras na infância e adolescência (Torres et al., 2004). Desta forma, no que se refere a situações traumáticas que tenham influência nos comportamentos futuros da pessoa e que contribuam para uma das dimensões fundamentais da vinculação, como é o caso da *ansiedade de abandono*, consideram-se: as doenças graves da mãe e/ou do pai; o alcoolismo da mãe e/ou do pai e a morte da mãe e/ou do pai, como sendo as mais frequentes; outras são tidas em conta quando se referencia a dimensão de *evitamento de relações próximas*, como o abuso sexual, as agressões físicas, o abandono do pai e/ou da mãe. São situações que tornam perceptível que o aumento do número de experiências traumáticas na infância e adolescência é seguido pelo aumento de ansiedade de abandono e evitamento de relações próximas (Idem).

A temática da parentalidade tem sido descrita como um dos temas de saúde com maior relevância na sociedade atual, pois já existem dados da evidência que indicam que o exercício da parentalidade intervém ao nível da promoção da saúde e bem-estar da criança, denotando-se que a sua ausência ou alteração, pode interferir no saudável desenvolvimento físico e emocional da criança, culminando no surgimento de problemas de saúde e sociais significativos (Gage et al., 2006).

No que respeita à intervenção do profissional de enfermagem, compete-lhe assistir as pessoas/famílias para que venham a tornar-se pais e mães bem-sucedidos e competentes, contribuindo para uma promoção da saúde mental dos pais e dos seus filhos tendo presente as diferenças e especificidades das desiguais fases do ciclo vital. A gravidez e a infância, são fases

que mereceram a atenção do Ministério da Saúde através da DGS com a elaboração de estratégias de saúde, descritas no atual Plano Nacional de Saúde 2012/2016, (à semelhança do PNS 2008-2012), que definem como prioritárias: “*nascer com saúde*” e “*criar com segurança*”. Para além destas medidas, a DGS (1993) procedeu à elaboração de um conjunto de orientações técnicas relativas à: “*Vigilância pré-natal e revisão do puerpério*” onde são definidas as finalidades e os objetivos da vigilância de saúde durante o período pré-natal. Assim, a realização das consultas de vigilância de saúde da grávida têm como finalidade assegurar a saúde materna e fetal através da avaliação do seu bem-estar dando cumprimento à realização de parâmetros clínicos e laboratoriais criteriosos que visam um parto normal e uma mãe e recém-nascido(s) de perfeita saúde.

A preparação para o exercício da função parental envolve conhecimento e treino de competências a diversos níveis: físico, emocional, cognitivo e social, pelo que a gravidez e o puerpério se revelam em períodos, por excelência, para se desenvolverem um conjunto de ações com vista à “*estruturação*” da parentalidade. Ao providenciarem orientação e suporte antecipatório sobre a função parental, os Enfermeiros estão a dotar os pais de novas competências para o exercício deste seu recente papel.

Segundo Lowdermilk et al., (2002) a intervenção dos Enfermeiros deve, incidir, inicialmente, na avaliação das necessidades dos pais através da utilização de escalas de avaliação da autoeficácia e satisfação parental durante o período de adaptação à parentalidade. O seu papel incide no conhecimento dos contextos mais próximos da família e as interações entre os seus membros, de modo a identificar os seus medos e dificuldades para um posterior planeamento dos cuidados e uma intervenção efetiva que permita a aquisição de uma identidade parental.

A utilização da estrutura conceptual sobre a teoria ecológica de Bronfenbrenner (1989) pode ser uma mais-valia, para os Enfermeiros, na avaliação da adaptação ao processo de parentalidade. Através da aplicação desta teoria é possível reconhecer a interdependência existente entre os diferentes sistemas intra e extra familiares e o modo como o resultado desta inter-relação afecta as capacidades das famílias e o seu desenvolvimento. De acordo com esta perspetiva, os sistemas familiares operam em diversos níveis nos diferentes sistemas, nomeadamente: *no sistema familiar* (inclui os membros da família nuclear tendo em conta as crenças, competências e características da personalidade de cada um); *no subsistema familiar* (inclui a família alargada, escola, igreja, redes informais); *no sistema externo da família* (inclui o local de trabalho dos pais, comunidade, redes sociais formais). Estes sistemas, por sua vez, encontram-se inseridos num sistema mais vasto que inclui o estado atual da sociedade, as suas ideologias, valores e normas culturais.

Para Mercer (2004, citado por Graça et al., 2011), a aquisição da identidade parental evolui através de quatro fases: *fase antecipativa* (que ocorre antes do nascimento e que é a fase em que os pais começam a experimentar o novo papel e se começam a adaptar às mudanças sociais e psicológicas); *fase formal* (que ocorre após o parto e que se inicia com o nascimento da criança e o desempenho do papel de acordo com as expectativas dos outros); *fase informal* (que se refere à forma própria e única como os pais desempenham o seu papel sem que haja influência do sistema social); e a *fase de identidade do papel* (que corresponde ao período em que os pais se sentem confiantes e competentes no desempenho do seu papel). Estas fases sobrepõem-se e são alteradas à medida que a criança evolui e o modo como elas são vividas é influenciado pela relação entre a mãe e o pai ou outra pessoa significativa, pelo funcionamento da família, pelo stress e pelo apoio pessoal e social no qual se inclui a intervenção do Enfermeiro que deve contribuir para a promoção da consecução do papel parental através de: aumento da autoestima dos pais; respeito pelas crenças e valores; promoção das interações pai-bebé-mãe; atenção e escuta das dificuldades, sentimentos, expectativas e esperanças dos pais; motivação dos pais para a competência; avaliação das relações conjugais e o funcionamento familiar.

Schumacher e Meleis (1994, citados por Magalhães, 2011) referem que os Enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempos passam com os indivíduos que vivem transições, sendo o conceito de transição central para o planeamento das intervenções cuidativas destes profissionais. São responsáveis pela promoção da saúde das famílias e por isso devem apoiá-las na transição para a maternidade, pois têm competências para poder facilitar esta nova adaptação através: da avaliação que a mãe faz ao seu papel maternal; implementação de intervenções educacionais com vista ao aumento do conhecimento da mãe acerca do crescimento e desenvolvimento infantil. Segundo Cruz (2005), este profissional assume um papel significativo na promoção e consecução do papel do pai, encorajando-o a participar e incentivar a mãe a apoiar o envolvimento do companheiro nos cuidados a prestar ao filho, criando oportunidades para que esse envolvimento se efetive. O processo de transição para a parentalidade não é necessariamente marcado pelo nascimento do filho, mas pelas mudanças psicológicas internas e organizações do papel parental e dos seus relacionamentos mais importantes (Martins, 2013; Brás, 2008)).

A programação e desenvolvimento de programas de educação/formação parental que visam elucidar, formar e colmatar as dificuldades sentidas e manifestadas pelos pais, são fundamentais e devem acontecer prematuramente visando os seus benefícios ao longo do tempo. Nyström e Öhrling (2004) acreditam que uma intervenção efetiva deve incidir na prevenção, nomeadamente no período pré-natal. Neste desígnio, Ahlberg e Strandmark (2001) propõem que se invista na educação dos pais, neste período, sobre o relacionamento íntimo e a importância de uma base comunicacional e de resolução de conflitos, uma vez que a satisfação marital pode

tender a diminuir com o nascimento de um filho. Os mesmos autores, referem que no período perinatal, é conveniente os profissionais de saúde, realizarem visitas domiciliares às famílias como forma de detetar possíveis dificuldades e riscos, propondo soluções atempadamente.

A atenção, dada ao pai durante este período, também, deverá ser reforçada, uma vez que ele desempenha um papel relevante na saúde da mulher, e o nascimento de um filho é acompanhado por algum nível de stress que poderá ter implicações na satisfação marital e no processo de vinculação ao filho (Coleman, 2006). Deste modo, os autores sugerem que estes participem nas consultas de vigilância da gravidez, onde deverão ser debatidos, entre outras temáticas, o impacto do nascimento de um filho, as mudanças no papel e a adaptação à parentalidade.

A relação de confiança e de proximidade estabelecida entre o Enfermeiro e a grávida/puérpera e família permitem identificar as suas necessidades e, num propósito comum, encontrar recursos e estratégias de *coping* que permitam satisfazer/resolver as necessidades/problemáticas identificadas. A enfermagem pretende ajudar as pessoas, seus clientes, facilitando as transições dirigidas para a saúde e a percepção de bem-estar; mestria; nível de funcionamento e conhecimento, através dos quais a energia dos clientes pode ser mobilizada (Meleis e Trangenstein, 1994; cit. por Magalhães, 2011). A interação relacional Enfermeiro/cliente organiza-se em torno de um propósito que conduz a ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde, pelo que as transições pertencem ao domínio da disciplina de enfermagem quando se relacionam com a saúde e a doença ou quando as suas respostas são manifestadas por comportamentos relacionados com a saúde (Meleis, 2007; cit. por Magalhães, 2011), pois o Enfermeiro é um profissional habilitado a assistir as pessoas que vivem transições, cujo objetivo não é apenas conhecer a teoria, mas a partir da sua utilidade usar formas para empregar este conhecimento na prática. Assim sendo, o Enfermeiro trabalha com as pessoas antes, durante e após o processo de transição (Idem).

PARTE II.
ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO E
EMPIRICO

ABORDAGEM METODOLÓGICA

<i>Introdução</i>	205
8.1. <i>Natureza e Problemática da Investigação.</i>	205
8.2. <i>Objetivos.</i>	209
8.3. <i>Plano de Investigação: breves considerações.</i>	209
8.3.1. <i>Fundamentos Éticos.</i>	210
8.4. <i>População: selecção e caracterização.</i>	211
8.5. <i>Técnicas e Instrumento de Recolha de Dados.</i>	216
8.5.1. <i>Construção do Questionário.</i>	217
8.5.1.1. <i>A Técnica WebDelphi.</i>	218
8.5.1.2. <i>Os Peritos do Painel Webdelphi.</i>	224
8.5.1.3. <i>Explicitação da Estrutura.</i>	226
8.5.1.4. <i>Tratamento dos dados recebidos face ao Questionário da 1ª RONDA do Painel WebDelphi.</i>	229
8.5.1.5. <i>Tratamento dos dados recebidos face ao Questionário da 2ª RONDA do Painel WebDelphi.</i>	290
8.5.1.6. <i>Procedimentos na Aplicação do Questionário.</i>	319

“É importante investigar, o que permite às pessoas, numa dada cultura, mudar efetivamente a sua compreensão e as suas regras e regularidades subjacentes ao seu conhecimento, aos seus valores, expectativas e práticas estabelecidas. Porque precisamos desesperadamente de fazê-lo no século XXI, se quisermos viver em harmonia com todas as formas de vida e se quisermos que a vida humana e não humana prossiga na terra. Quero aprender como mudam as coisas de modo a alterar o meu próprio pensamento”.

(Foucault, 2002, citado por Mestrinho, 2011: 11).

Introdução

Este capítulo tem a finalidade de enquadrar teórico-metodologicamente o presente estudo que tem o questionário como o instrumento de colheita de dados.

O desconhecimento da existência de outros estudos similares, levou à necessidade de construção de raiz de um questionário, que se considerou, estruturado por áreas, temas e temáticas no âmbito da Saúde da Mulher dirigido a Enfermeiros, para que os conteúdos inclusos pudessem ser identificados como matérias programáticas a constarem num protótipo de plano formativo de um Curso de Formação Contínua. O mesmo é lido e analisado criticamente por um conjunto de Enfermeiros que desempenham funções na área da Saúde da Mulher, considerados sabedores e atualizados neste campo de atuação em enfermagem. Estes Enfermeiros peritos, agrupados virtualmente através da técnica de *Delphi* deram o seu contributo, inovador e impulsionador para a construção do questionário otimizado para registar as necessidades de formação contínua na área da Saúde da Mulher dos Enfermeiros do distrito de Setúbal.

Uma pesquisa metodológica refere-se *“às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa”* (Polít et al., 1995: 127) No presente estudo, utilizou-se a metodologia quantitativa, através de toda a análise técnico-prática do questionário, como instrumento construído e aplicado aos sujeitos do estudo, visando a maior abrangência possível de sujeitos e o rigor do foco em análise (as necessidades de formação na área da saúde da mulher).

8.1. Natureza e Problemática da Investigação

Seguindo a premissa de que o investigador é parte integrante do fenómeno socioprofissional que investiga, ou seja, as necessidades de formação em enfermagem, deve-se equacionar a relação peculiar existente entre o investigador e o objeto de investigação. O

investigador, enquanto docente de enfermagem não é alheio, independente e neutro em relação aos fenómenos de necessidade de formação contínua dos Enfermeiros que estuda, pois participa neles através dos seus valores, crenças e ideias, pelo que deve tentar integrar-se no contexto de estudo, fazendo parte ‘natural’ do cenário (Santos, 1999, 2002).

Ao longo dos trinta e um anos como Enfermeira (desde dezembro, 1984), vinte e sete dos quais como docente do Ensino Superior de Enfermagem (desde Abril, 1988), com o percurso formativo de Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (cuja monografia, em 1993, se intitulou “Expectativas dos Alunos do 3º Ano 2º Semestre do Curso Superior de Enfermagem face ao desempenho de funções na área da Saúde Materna e Obstétrica”, Mestre em Ciências de Enfermagem cuja dissertação, em 1996, versou as “Dúvidas da Grávida Nulípara no Terceiro Trimestre”, e doutoranda em Didáctica y Organización Educativa, cuja tesina em 1996, cognominou “Atitude Científica dos Docentes das Escolas Superiores de Enfermagem Públicas de Lisboa”) muitas foram as questões que nos surgiram sobre a adequação do ensino e aprendizagem desta profissão, tendo em conta a aquisição e o desenvolvimento das competências inerentes às boas práticas relacionadas com a qualidade e excelência dos cuidados prestados. Portanto, porque vocacionalmente nos importam áreas específicas como: a do processo educativo da Enfermagem na área disciplinar da Saúde da Mulher; a área pedagógico didática e a da organização educativa, visando a aquisição de saberes e o concomitante aperfeiçoamento de habilidades que nos tornem mais competentes como pessoa. Para além de, enquanto profissional docente de Enfermagem, acreditarmos que se a atitude na profissão for de atualização permanente e adequação às novas realidades científicas, baseadas na prática da evidência, estamos mais confinantes às necessidades de aprendizagem dos estudantes e deste modo podemos criar-lhes melhores ambientes de desenvolvimento.

Em Portugal, a obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista, revela a formação de um profissional *“com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do Enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do Enfermeiro de cuidados gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de cuidados gerais. Seja qual for a área de especialidade, todos os Enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns — a actuação do Enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de*

saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (Regulamento, n.º 122/2011. Diário da República, 2.ª Série. N.º 35 de 18 de Fevereiro). Formação que se adquire através da realização de um dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem disponíveis e acreditados pela Ordem dos Enfermeiros.

Na área da saúde materna existe, em Portugal, o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna, e Obstétrica (CPLEESMO)¹⁸¹⁹²⁰ com o qual se objetiva a aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais mais adequadas às intervenções de enfermagem nesta área particular. Trata-se de uma formação que deve dar resposta à Directiva 2005/136/CE do Parlamento Europeu, nomeadamente: ao definido pelo International Council of Midwifery (ICM), aos objetivos da European Midwives Association (EMA), aos pressupostos da International Confederation of Midwives (ICM) (especificamente, aos seus dois documentos, International Code of Ethics for Midwives e Global Vision for Women and their Health), assim como às competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) recentemente definidas pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros (OE) e regulamentadas ministerialmente em 18 de Fevereiro de 2011. Importa expor que a habilitação para o exercício profissional de EESMO em Portugal cumpre, desde 1987, os requisitos mínimos obrigatórios para o reconhecimento das qualificações profissionais de modo a permitir e garantir a possibilidade da sua livre circulação pelo espaço europeu.

Se for tida em conta a atual conjectura do exercício de enfermagem em Portugal, especificamente que o CPLEESMO tem a carga horária teórica (em contexto letivo) e prática (em contexto real de trabalho) de 4800h, relativa a 4 semestres (dois anos letivos), juntamente com a realidade de as instituições de saúde empregadoras não poderem prescindir durante todo este

¹⁸ Designação implementada através: Ministério da Saúde. Regulamento n.º 127/2011. Diário da República. 2ª Série. N.º35 de 18 de Fevereiro, pp.6662-8666. Até à presente legislação a formação designava-se de Curso de Pós Licenciatura de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CPLEESMO) sem a referência à Enfermagem Ginecológica, designadamente CPLEESMOG, não obstante que os conteúdos programáticos fossem parte integrante do currículo e tenham sido leccionados

¹⁹ Em Portugal existem as seguintes áreas de formação para enfermeiros: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem; Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Familiar; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

²⁰ Em Portugal a actividade profissional de Parteira é exercida pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna, e Obstétrica, conforme refere o Decreto-Lei n.º 333/87, de 1 de Outubro, alterado pelo Decreto-Lei n.º15/92, de 04 de Fevereiro (*In*: http://sousafranco.homeip.net/franco/aulas/legislacao/DL15_92.pdf. Consultado em 30 de Maio de 2011). A designação de Parteira está de acordo com ICM/WHO/FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics (1992), actualizada em 19 Julho de 2005, na Reunião do Conselho da ICM, Brisbane, Austrália.

tempo destes profissionais, faz com que esta aquisição de novos saberes, que não é conferidora de grau académico, se realize concomitantemente com os Enfermeiros no exercício das suas funções profissionais. Situação que impele os promissores estudantes a procurar estes cursos no raio geográfico mais curto, tendo em conta o local do seu domicílio e o da instituição de desempenho profissional. Perante o facto de que nem todas as Escolas Superiores de Saúde ou Escolas Superiores de Enfermagem em Portugal desenvolverem formação Pós-graduada na área da saúde da mulher ou o CPLEESMO, verifica-se que os Enfermeiros interessados nesta área de intervenção, tenham que recorrer a escolas fora da sua área de circulação habitual, envolvendo muitos constrangimentos correlacionados com o tempo e dinheiro dispendidos, o seu bem-estar psicofísico, familiar, etc.

No distrito de Setúbal para além da ESS-IPS, como instituição pública, existe uma escola de cariz privado que também não oferece formação pós básica na área da Saúde da Mulher revelando-se assim, empiricamente, a existência de uma carência efetiva de formação na área da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

Segundo a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) a maioria dos EESMO neste país estão a desempenhar funções em contexto hospitalar, nomeadamente na prestação direta de cuidados nas Salas/Blocos de Partos, verificando-se uma escassez destes técnicos nos serviços de Consulta (Materna e Planeamento Familiar), nos serviços de Medicina Materno Fetal e nos serviços de Obstetrícia/Puerpério. A privação destes profissionais nas equipas multidisciplinares de saúde é manifesta em contextos de Cuidados de Saúde Primários sendo muitos os Centros de Saúde do país que não são contemplados com EESMO, embora tenham Consulta de Enfermagem de Saúde Materna e de Planeamento Familiar realizadas por Enfermeiros de Cuidados Gerais ou, eventualmente, Enfermeiros Especialistas em outras áreas científicas. De todos os EESMO existentes muitos estão em cargos de gestão, dentro da área ou não e independentemente de o contexto ser de Cuidados de Saúde Primários (CSP) ou de Cuidados Diferenciados (CD).

A área de intervenção do EESMO é muito abrangente porque dirige o seu cuidar à saúde da mulher no seu ciclo de vida, o que implica uma vigilância da mulher desde que nasce e que perdura durante toda a sua vida (o que inclui as suas diferentes fases evolutivas: infância, menarca até ao climatério/á menopausa, incluindo a, denominada, idade procriativa. E, não é de descuidar que as mulheres cuidam da família, que são elas os elementos que mais transmitem saberes que levam a estilos de vida mais saudáveis. São elas que visam o bem-estar dos demais que com elas convivem e dependem. Logo é dedutível de que uma mulher saudável procria, cria e desenvolve saúde ao seu redor, promovendo famílias, comunidades e países mais saudáveis. A

aposta na saúde das mulheres deve ser tida em conta nos objetivos políticos de um país, pois um país saudável gera maior produtividade e concomitante riqueza.

Quando se licenciam, os Enfermeiros de cuidados gerais, são profissionais que incorporam a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação, são detentores de habilidades comunicacionais que estão aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde da pessoa, família, grupo ou comunidade. Para poderem ter um desempenho mais dirigido numa determinada área científica devem aprofundar conhecimentos e desenvolver competências nessa área, pelo que devem procurar através da formação contínua, ou avançada o saber creditado pela academia que lhe aporta o título de Pós-Graduado ou o grau de Mestre ou Doutor, consoante a formação efetuada.

8.2. Objetivos

8.2.1. Objetivo geral

Desenhar um curso de oferta formativa pós básica na área disciplinar da Mulher e Saúde Reprodutiva do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

8.2.2. Objetivos específicos

- Identificar as necessidades de formação contínua na área da Saúde da Mulher dos Enfermeiros do distrito de Setúbal.
- Propor, em conformidade, desenho de plano de formação contínua na área da Saúde da Mulher.

8.3. Plano de Investigação: breves considerações

O presente estudo desenvolveu-se em cinco etapas que momentaneamente se descrevem:

1. Seleção das áreas temáticas, e itens destas, relacionados com o estado de saúde/doença da mulher, a estarem expressos no questionário. Para tal reuniu-se, para cada área temática, para além do nosso conhecimento da observação clínica, os contributos teóricos, os resultados de estudos de investigação e opinião de peritos (Streiner, 2008).

2. Construção do questionário e sua submissão à consulta de peritos através de painel *WebDelphi*. Pois “*a consulta de especialistas é norma nesta fase, assim como a leitura da bibliografia no campo ou produzida sobre instrumentos com alguma similaridade de construto, objetivo ou população-alvo. Tendo presente que o trabalho interdisciplinar é geralmente requerido na generalidade das situações*” (Almeida et al., 2008: 141). O consenso dos peritos do painel *WebDelphi* em relação às áreas temáticas e correspondentes itens a integrem a versão final do questionário, foi muito eficaz, o que corrobora a versão de Osborne *et al.* (2003) quando compara com a construção individual de um questionário.
3. Aplicação do questionário à população-alvo.
4. Leitura e análise dos dados obtidos que conduziu à idealização do curso de Pós-Graduação em Enfermagem sobre Cancro da Mama.
5. *Design*, planeamento e apresentação do curso de Pós-Graduação em Enfermagem sobre Cancro da Mama.

De entre as diversas fases metodológicas percorridas e a circunstância dos resultados alcançados em cada uma delas, conduziu a pressuposições para a etapa seguinte. Assim sendo optou-se por nesta PARTE II, juntar ao trajeto metodológico o empírico, consolidando o entrelaçamento das expectativas e planeamento com os resultados que fomos encontrando.

8.3. 1. Fundamentos Éticos

Os aspectos éticos estão considerados na presente pesquisa, em todo o processo desde a sua idealização, planeamento, opções tomadas aquando do seu desenho estrutural e conceptual (Nunes, 2005), dado que “*toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Sempre associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade*” (Martins, 2008: 62). Essencialmente os aspectos éticos relativos a este estudo estão relacionados com o meio, com os Enfermeiros sujeitos do estudo e com a confidencialidade dos dados. Relativamente ao meio, uma vez que pretendemos obter o preenchimento do questionário pelos Enfermeiros que desempenhem funções nas instituições a quem nós solicitámos que procedessem ao envio do questionário, via *e-mail*, para os seus Enfermeiros (estes ficaram com a opção voluntariosa de responderem, ou não). Também podia existir a situação de o Enfermeiro respondente poder disseminar o questionário a seus pares que reunissem os critérios de inclusão no estudo.

Considerando o processo de uma pesquisa encontram-se aspectos éticos a ter em conta em todas as etapas do estudo, “*sobretudo se entendermos que a Ética se refere à qualidade das*

técnicas de investigação no que diz respeito ao cumprimento de obrigações profissionais, legais ou sociais para com os sujeitos do estudo. Diria mais, que a Ética em Investigação diz respeito à qualidade dos procedimentos, desde o início ao fim da pesquisa, desde a escolha da técnica adequada até à pertinência e validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento” (Nunes, 2005:1).

Uma investigação eticamente sólida tem que ter o consentimento fundamentado, nomeadamente livre e esclarecido. Ou seja, o processo pelo qual os investigadores se asseguram que os participantes entendem os riscos e benefícios, estão informados dos seus direitos, incluindo o de não participar (Nunes, 2005:4).

Sendo nossa escolha efetuar uma revisão sistemática da literatura, especificamente no que respeita aos aspetos éticos, considerou-se fundamental ser imparcial e manter lealdade à fonte consultada, seguindo as diretrizes do Centre for Reviews and Dissemination (2008), citando todos os documentos, estudos, artigos de estudos consultados, descrevendo, quando considerado pertinente os resultados e conclusões do estudo, sem perder de vista a questão de partida.

8.4. População: seleção e caracterização

Pretende-se, através do levantamento das necessidades de formação dos Enfermeiros do distrito de Setúbal, planear curso de formação contínua, na área da Saúde da Mulher que dê resposta à área de intervenção do Enfermeiro mais referida como carente de formação. Para tal feito torna-se concerner identificar as necessidades de formação dos Enfermeiros que desempenham funções nas diferentes instituições de saúde do distrito de Setúbal, nomeadamente em contextos de hospital e de centros de saúde, pois apreciamos que serão estes, o principal público-alvo para frequência do curso de formação contínua que possa estar em oferta em Escola Superior de Saúde do distrito.

Para melhor visualização da área geográfica do distrito de Setúbal, da sua inserção no país, e das diferentes instituições que estão em causa neste estudo, apresentamos a Figura nº 3, que representa a divisão dos diferentes distritos de Portugal, e a Figura nº 4, que representa os diferentes concelhos do distrito de Setúbal.

Numa pesquisa é fundamental definir a população a estudar, pois constituem um conjunto de indivíduos que possuem características semelhantes, que devem ser definidas por critérios de inclusão (Kerlinger, 2000), bem como definir a amostra representativa dessa população, sobre a

qual incidirá o estudo. Neste sentido, consideramos como população todos os Enfermeiros que desempenham funções no distrito de Setúbal, em hospitais (públicos e privados) e centros de saúde. Nomeadamente em 5 instituições hospitalares, a saber:

- Hospital Garcia de Orta com 780 Enfermeiros;
- Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (Hospital Nossa Senhora do Rosário e Hospital Distrital do Montijo) com 580 Enfermeiros;
- Centro Hospitalar de Setúbal (Hospital de São Bernardo e Hospital Ortopédico do Outão) com 502 Enfermeiros;
- Hospital de Santiago – Hospor com 77 Enfermeiros;
- Hospital do Litoral Alentejano (Hospital Distrital de Santiago do Cacém) com 137 Enfermeiros.



Figura n.º 3. Distritos de Portugal.



Figura n.º 4. Concelhos do distrito de Setúbal.

E nos quatro Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), do distrito de Setúbal (tendo em conta a legislação que lhe dá suporte, designadamente o Decreto-Lei n.º 28 de 22 de fevereiro de 2008, que criou os ACES do Serviço Nacional de Saúde do país e legislou a sua delimitação geográfica²¹, revogado pela Portaria n.º 394-B/2012 de 29 de novembro que reduz e redefine de 22 para 15 o número de ACES no país), designadamente o **ACES Alentejo Litoral** e os ACES integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, nomeadamente:

²¹ Alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 81 de 2 de abril de 2009, 102 de 11 de maio de 2009, 248 de 22 de setembro de 2009 e 253 de 17 de novembro de 2012 e a Portaria n.º 276 do Diário da República n.º 54, Série I de 18 de março de 2009.

ACES Almada Seixal; ACES Arrábida e ACES Arco Ribeirinho. Destes descrevem-se os ACES, o número de Enfermeiros que comportam e as organizações institucionais que integram, nomeadamente:

1. ACES Alentejo Litoral. Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Empresa Pública Estatal (EPE)²², que tem **106** Enfermeiros (segundo os dados da Portaria n.º 275 de 18 de março de 2009), cujos hospitais de referência são o Hospital de São Bernardo (do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE e o Hospital Litoral Alentejano e que integra o/a:

- Centro de Saúde Alcácer do Sal que tem as seguintes Extensões/Unidade associadas:
 - Extensão de Saúde Alcácer do Sal
 - Extensão de Saúde Palma
 - Extensão de Saúde Casebres
 - Extensão de Saúde Comporta
 - Extensão de Saúde Montevil
 - Extensão de Saúde Santa Susana
 - Extensão de Saúde Torrão
 - Unidade de Cuidados na Comunidade Alcácer do Sal
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- Centro de Saúde Grândola que tem as seguintes Extensões/Unidades associadas:
 - Extensão de Saúde Grândola
 - Extensão de Saúde Azinheira de Barros
 - Extensão de Saúde Melides
 - Extensão de Saúde Carvalhal
 - Extensão de Saúde Lousal
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Grândola
- Centro de Saúde Santiago do Cacém que tem as seguintes Extensões associadas:
 - Extensão de Saúde São Francisco
 - Extensão de Saúde São Domingos
 - Extensão de Saúde Deixa-o-Resto
 - Extensão de Saúde Cercal do Alentejo
 - Extensão de Saúde Santiago do Cacém
 - Extensão de Saúde São Bartolomeu
 - Extensão de Saúde Santo André
 - Extensão de Saúde Ermidas
 - Extensão de Saúde Alvalade
 - Extensão de Saúde Abela
- Centro de Saúde Sines que tem as seguintes Extensões associadas:
 - Extensão de Saúde Sines
 - Extensão de Saúde Porto Covo

2. ACES Almada Seixal, que tem **251** Enfermeiros (segundo a Portaria 394-B de 29 de Setembro de 2012) e o Hospital Garcia de Orta, EPE é o hospital de referência. Integra o/a:

- Centro de Saúde Almada que tem as seguintes Unidades associadas:
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Francisco Xavier de Noronha

²² Criado pelo Decreto-Lei n.º 238 de 31 de Outubro de 2012.

- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Rainha D. Leonor
- Unidade de Saúde Familiar S. João do Pragal
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Rainha D. Leonor
- Centro de Saúde Amora
- Centro de Saúde Corroios
- Centro de Saúde Costa da Caparica que tem as seguintes Unidades associadas:
 - Unidade de Saúde Familiar Sobreda
 - Unidade de Saúde Familiar Monte da Caparica
 - Monte da Caparica Reforço
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Costa da Caparica
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Charneca da Caparica
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Trafaria
- Centro de Saúde Cova da Piedade que tem as seguintes Unidades associadas:
 - Unidade de Saúde Familiar Feijó
 - Unidade de Saúde Familiar Cova da Piedade
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Santo António
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Laranjeiro
- Centro de Saúde Seixal
- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados Almada
- Unidade de Cuidados na Comunidade Outra Margem
- Unidade de Saúde Pública

3. ACES Arco Ribeirinho, com 143 Enfermeiros (segundo a Portaria 394-B de 29 de Setembro de 2012) e cujo hospital de referência é o Hospital Nossa Senhora do Rosário (Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE) e que integra o:

- Centro de Saúde Alcochete que tem as seguintes Extensões associadas:
 - Extensão de Saúde Barroca
 - Extensão de Saúde Passil
 - Extensão de Saúde Samouco
- Centro de Saúde Baixa da Banheira que tem as seguintes Extensões e Unidades associadas:
 - Unidade de Cuidados na Comunidade A Saúde na Rua
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Vale da Amoreira
 - Unidade de Saúde Familiar Querer Mais
- Centro de Saúde Barreiro que tem as seguintes unidades associadas:
 - Unidade de Saúde Familiar Eça
 - Unidade de Saúde Familiar Lavradio
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Avenida Bocage
 - Unidade de Saúde Familiar Lavradio
- Centro de Saúde Moita que tem a seguinte Unidade associada:
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Alhos Vedros
- Centro de Saúde Montijo que tem as seguintes Extensões e Unidades associadas:
 - Extensão de Saúde do Montijo
 - Extensão de Saúde Rio Frio
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Canha
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Pegões
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Santo Isidro
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Afonsoeiro
- Centro de Saúde Quinta da Lomba que tem as seguintes Extensões e Unidade associadas:

- Extensão de Saúde Palhais
- Extensão de Saúde Coima
- Unidade de Saúde Familiar Quinta da Lomba

4. ACES Arrábida que tem **162** Enfermeiros²³ e cujo hospital de referência é o Hospital de São Bernardo (do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE) e integra o:

- Centro de Saúde Bonfim que tem as seguintes Unidades associadas:
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Santa Maria
 - Unidade de Saúde Familiar Luísa Todi
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Azeitão
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Praça da República
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Viso
- Centro de Saúde Palmela que tem as seguintes Unidades:
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Águas de Moura
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Bairro dos Marinheiros
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Brejos do Assa
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olhos de Água
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Palmela
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Poceirão
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Pinhal Novo – Guerra Junqueiro
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Pinhal Novo – Praça do Ultramar
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Venda do Alcaide
 - Unidade de Saúde Familiar Santiago
- Centro de Saúde São Sebastião que tem as seguintes Unidades:
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Sado
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados São Nicolau
 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados São Sebastião
- Centro de Saúde Sesimbra

Definiram-se os seguintes critérios de inclusão a aplicar aos sujeitos do estudo:

- Ser Enfermeiro licenciado;
- Desempenhar funções num hospital/centro de saúde do distrito de Setúbal;
- Aceitar participar no estudo;
- Estar em efetivo serviço no período da recolha dos dados.

Tendo em conta que a amostra de uma população é um seu subconjunto, especificadamente “*uma fração da população que constitui o objecto de estudo*” (Fortin, 2009: 55), esta deve ser representativa para que a generalização dos resultados obtidos, a todos os sujeitos da população, não se revele limitativa.

Hospitais = 780 + 580 + 507 + 77 + 137 = 2.076 Enfermeiros

²³ Portaria 394-B de 29 de Setembro de 2012, na página 6832- (10) no Anexo XI. Em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2012/11/23101/0000500011.pdf>. Consultado em 30 de novembro de 2012.

$$\text{ACES} = 106 + 251 + 143 + 162 = 662 \text{ Enfermeiros}$$

$$\text{Hospitais} + \text{ACES} = 2.738 \text{ Enfermeiros}$$

A amostra da população em estudo é identificada pela técnica de amostragem probabilística, aleatória, porque todos os sujeitos do estudo vão poder participar respondendo ao questionário que lhes é enviado via *online*. Contudo é acidental, porque a formação da amostra é realizada através dos sujeitos que enviam de retorno o questionário preenchido. Neste caso a constituição da amostra será o número de sujeitos que receberam o questionário e optaram por enviar o questionário respondido.

Para isso identificam-se os Enfermeiros existentes em cada instituição (hospital/ACES) e é-lhes enviado o questionário. Cada direção institucional, após parecer positivo à solicitação de reenvio do *e-mail* com o questionário, procede ao seu envio, via email, para os seus colaboradores Enfermeiros. Importa dizer que as instituições possuem os *emails* dos Enfermeiros pois a folha de salário é-lhes enviada por esta via.

Identificar o tamanho da amostra é importante para poder-se determinar se a amostra é ou não representativa da população. Nesta situação conhece-se o tamanho da população (N) e através da fórmula de cálculo do tamanho mínimo da amostra pode-se identificar o tamanho mínimo da amostra, admitindo um erro amostral que não ultrapasse os 5% (0,05), assim sendo: N o tamanho da População; n o tamanho da amostra; no a primeira aproximação para o tamanho da amostra e E_0 o erro amostral tolerável podemos identificar o tamanho da população, sem saber o tamanho da amostra e depois ajustá-lo.

$$no = 1/E_0^2$$

$$no = 1/E_0^2 = 1/(0,05)^2 = \text{número estimado de questionários respondidos}$$

$$n = \frac{N \cdot no}{N + no}$$

8.5. Técnica e Instrumento de Recolha de Dados

Segundo o dicionário de língua portuguesa, *técnica* significa um “conjunto de processos baseados em conhecimentos científicos, e não empíricos, utilizados para obter certo resultado” (Infopédia). Pardal & Correia (1995: 48) consideram a técnica como “um instrumento de trabalho

que viabiliza a realização de uma pesquisa” que, através da execução do conjunto de operações de um método, permite confrontar a questão de partida para a investigação com a informação colhida a partir dos sujeitos da amostra (verificação empírica). Neste sentido, os mesmos autores classificam diferentes técnicas de recolha de dados no âmbito da investigação social como observação, questionário, entrevista... Já Lessard-Hérbert et al., (1990) apontam o *pólo técnico* de uma investigação, como sendo o processo de recolha de dados sobre o *mundo real*, sendo este susceptível de ser observado e considerando sempre a sua subjetividade. No que se refere a instrumento, o dicionário da língua portuguesa classifica como sendo *"tudo o que serve para executar algum trabalho ou fazer alguma observação"* (Infopédia). A ambiguidade que pode emergir da leitura de vários autores deve-se, em nosso entendimento, as diferentes traduções e adaptações realizadas ao longo do tempo dos diferentes conceitos.

A estratégia de recolha de informação para o desenvolvimento da presente pesquisa é definida pela expressão Instrumento de recolha de dados, pois refere-se ao conjunto de processos percorridos até à realização do instrumento elaborado para garantir o registo, o controle e a análise dessa informação: o questionário. Construído segundo a metodologia científica, Técnica de *Delphy*.

8.5.1. Construção do Questionário

Tal como refere Hill (1998:1) é *“fácil elaborar um questionário mas não é fácil elaborar um bom questionário”*, pois aquando da sua construção o investigador deve ter um plano sobre as diferentes partes que o constituem interrelacionadas com os objetivos da pesquisa, a escala de resposta às questões constituintes e a metodologia de tratamento dos dados. Numa perspetiva de conjunto e inter-relação entre os objetivos, a(s) escala(s) de resposta e o/s método(s) para analisar a informação recolhida.

Na presente investigação idealizou-se um questionário que se colocou a análise crítica de um grupo de peritos segundo a técnica do *Painel Delphy*, perspetivando a sua otimização perante a problemática, das necessidades de formação dos Enfermeiros do distrito de Setúbal face às áreas temáticas correlacionadas com o bem-estar/saúde da mulher, em estudo.

8.5.1.1. A Técnica *WebDelphi*

O Painel *Delphi* pode ser definido como "um método para estruturar um processo de comunicação grupal de maneira que o processo é efectivo em permitir a um grupo de indivíduos, como um todo, a lidar com um problema complexo" (Turoff e Linstone, 1975: 3). Esta definição é manifestamente ampla, em função da infinidade de variações que o método pode apresentar, detalhadamente pode-se afirmar que o Painel *Delphi* é uma ferramenta de pesquisa qualitativa que procura um consenso de pareceres de um grupo de especialistas sobre uma situação que venha a acontecer.

Com a sua origem nos Estados Unidos, no início dos anos 60, devido aos estudos desenvolvidos pelos investigadores da Rand Corporation, Olaf Helmer e Norman Dalker, o método *Delphi* tinha o objetivo original de desenvolver uma técnica para aperfeiçoar o uso da opinião de especialistas na previsão tecnológica (Estes & Kuespert, 1976, citados por Wright & Giovinazzo, 2000). Este método acabou por se difundir praticamente por todo o mundo, nos centros de pesquisa em futurologia, na previsão de possíveis (ou prováveis) acontecimentos, tendências da evolução de mercados e de situações militares, económicas, políticas e sociais (Gordon, 1994).

A designação *Delphi* provém de inspiração nos hábitos religiosos e sociais da Antiga Grécia, mais especificamente do templo de aclamação a Apolo que se erguia numa colina intitulada *Delphi*. A sua aplicação sucessiva em demais estudos de organizações levou a que fosse sendo cada vez mais aperfeiçoado e com um maior leque de possíveis utilizações deixando para trás a sua origem que visava a previsão militar ou política.

No desenvolvimento desta metodologia subsistem três condições básicas que devem estar presentes, nomeadamente: o anonimato dos peritos, a representação estatística da distribuição dos resultados e o resultado de resposta do painel para reavaliação nas rodadas subsequentes (Martino, 1993).

Delphi é uma técnica organizada para a procura de um consenso de opiniões de um grupo de especialistas a respeito de um 'evento futuro'. Permite realizar a consulta de pessoas experientes (peritos) em determinado assunto, de forma anónima entre eles, sobre um 'evento futuro' cujo tema é do seu saber e experiência. Visa particularmente obter a contribuição pessoal destes peritos, na área de incerteza para o investigador, que desponta o Painel, face à sua necessidade de uma tomada de decisão sobre um 'evento futuro'.

A angariação de um número significativo de peritos leva à obtenção de mais pareceres/opiniões, o que confere mais fundamento em trabalho logo credibilidade ao estudo. Os peritos nunca se encontram fisicamente, o que reduz a influência de uns sobre outros, como a capacidade de persuasão, a relutância em tomar posições ou em abandonar as posições assumidas, etc.

Cada perito envia separadamente o seu contributo para o investigador que compila a informação de todos, trabalha os dados e reenvia para nova apreciação (Wright & Giovinazzo, 2000). Cada envio/recepção é uma Ronda.

A escolha dos peritos é um factor determinante, pois o produto final depende do seu conhecimento, da sua disponibilidade para se expor, da sua cooperação para respeitar os tempos determinados pelo investigador. Importa saber identificar os potenciais sabedores da temática em estudo, pois só interessam os especialistas que possam cooperar com ideias valiosas e exequíveis (Gordon, 1994).

No método *Delphi* o produto final provém das informações serem mais seguras e mais expressivas, pois procedem do consenso de um grupo, ou da maioria dos elementos deste e não apenas de um único perito (Wright & Giovinazzo, 2000).

O questionário será apresentado a um Painel de Peritos. Assim decidiu-se promover o Painel a partir do Método *Delphi* (Painel *Delphi*), pois procura-se a opinião, o mais consensual possível, dos peritos em relação ao questionário elaborado (Delp, s/d,: 168-173).

Pensando no contexto presente de grandes mudanças económicas, políticas, sociais e tecnológicas em que vivemos, e considerando que podia-se realizar um questionário otimizado, apoiado pela sondagem de opinião consensual de especialistas, Enfermeiros da área de Saúde da Mulher, optou-se pela utilização da comunicação entre o investigador e cada um dos peritos via web/internet. Desta forma o Painel *Delphi* toma a forma de um Painel *WebDelphi*. Este compreende um conjunto de procedimentos interativos aplicados a um grupo não presencial (via online), com a finalidade de obter uma opinião consensual (formação de consensos) sobre determinada matéria/conjunto de matérias, para a qual se dispõe de dados insuficientes ou contraditórios e porque a problemática não se visualiza resolvida com o recurso a procedimentos analíticos (Thomson et al., 1979: 385), optou-se, para dar consecução ao objetivo, pela construção de questionário.

Cada perito foi sondado individualmente através de um questionário electrónico previamente elaborado (Consentimento Informado) e endereçado, via correio electrónico, através do Programa Google Docs®, sem ter conhecimento da identidade dos demais elementos do Painel. Assim, a técnica de investigação Delphi, constituiu um instrumento estatístico que é o melhor método para estabelecer previsões a partir da opinião de peritos (Levine, 1984: 306-317). Milholand *et al.* (1973:72-75) consideram-na uma maneira de ter acesso ao conjunto de conhecimentos de um grupo, enquanto para Fink *et al.* (1984: 79-93) é uma tentativa de obter opiniões de peritos de uma forma sistemática, perante um grupo de indicadores apresentados no questionário elaborado. Weaver (em Farrel e Scherer, 1983: 51-60) distingue entre *Delphis* exploratórios, utilizados para elaborar projeções de acontecimentos, normativos, aplicados para promover a fixação de objetivos, e reativos, em que é solicitado aos peritos participantes para reagirem mais à informação previamente organizada do que a gerar ideias novas, pelo que na presente pesquisa se considera um *Delphi* reativo. A técnica *Delphi* recolhe maiores benefícios se os especialistas (peritos) escolhidos têm experiências e formação diferentes (Thomson et al., 1979: 385), pelo que os peritos são Enfermeiros com diferentes percursos profissionais, evolução académica e posição geográfica. Realizaram a leitura e análise do questionário visando otimizá-lo para o fim de encontrar as necessidades de formação contínua, na área da Saúde da Mulher, dos Enfermeiros do distrito de Setúbal.

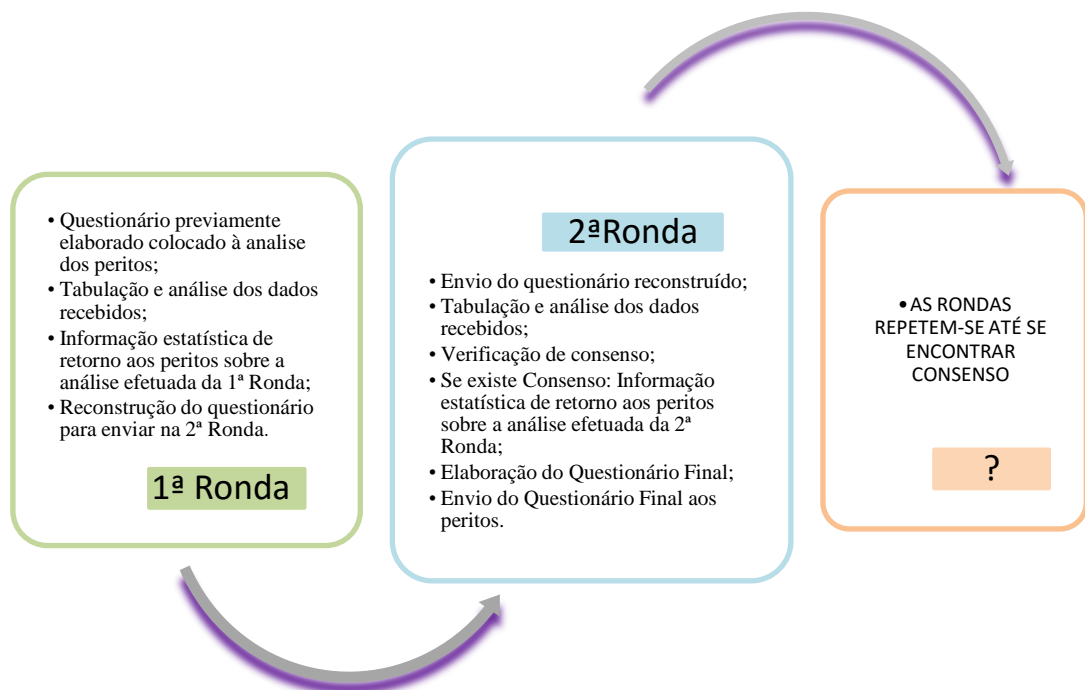


Figura nº 5. Sequência de Procedimentos metodológicos.

Um painel *Delphi* deve apresentar pelo menos 5 características, designadamente: anonimato, interação com informação de retorno, tratamento estatístico das respostas dos elementos do grupo, otimização do tempo dos peritos e convergência na distribuição das respostas (Dalkey, 1969: 15-17; Starkweather, 1975: 37-46), resultando numa técnica qualitativa de consensos que pressupõe a submissão do questionário a duas ou mais rondas, permitindo desta forma obter a opinião independente e anónima²⁴; de cada perito. Em cada ronda, serão excluídos ou modificados os indicadores que não foram consensuais segundo os critérios de consenso estabelecidos, sendo colocado o questionário reconstruído.

Lindeman (1975: 43-45), Romm e Hulka (1979: 9-12) e Bedford (1984: 64-74) consideram a técnica *Delphi* como sendo um método de combinar opiniões de um grupo de peritos, envolvendo a aplicação de uma série de questionários, elaborados para produzir consenso e eliminar a conflitualidade das reuniões presenciais. Assim, interação realizada entre o investigador e os demais peritos inclui a informação de retorno após cada ronda, onde é enviado um resumo estatístico dos resultados da volta anterior, objectivando a informação do estágio em que se encontra o consenso do painel de peritos. A utilização da informação dos resultados estatísticos consequentes das respostas dos peritos numa ronda é uma maneira de reduzir a tendência do grupo para a conformidade (Dalkey, 1969: 16-17).

A constituição do Painel de Peritos *Delphi*, dentro do ponto de vista metodológico, determina uma atenção acurada sobre determinados critérios de validade e fiabilidade, a serem identificados nos seus peritos, constituintes (Press, 1978: 526-535), tais como:

- Serem Enfermeiros;
- Desempenharem funções na área da Saúde da Mulher;
- Conhecerem o distrito de Setúbal;
- Terem conhecimento das características da comunidade;
- Aceitarem integrar o Painel de Peritos.

Quanto às características dos peritos para serem elementos do painel teve-se em conta a distinção entre o aspecto '*substantivo*' das suas competências e o aspecto '*normativo*' que constitui a sua capacidade de expressar opiniões em termos de probabilidade, pois considerou-se que um perito é uma pessoa com conhecimentos relevantes sobre a problemática em estudo (Phil, 1971: 57-71). Assim, e após a sua adesão confirmada para incluírem o estudo, consideraram-se

²⁴ O anonimato, possível pela utilização de meios de comunicação formal, como o correio ou o terminal informático, constitui uma maneira de reduzir o efeito das relações de domínio presentes nas relações presenciais e permite igual oportunidade para cada participante apresentar e reagir a opiniões sem a pressão da identidade dos outros membros. Além disso, garante que na análise das respostas cada opinião tenha o mesmo peso, pois permite que cada ideia seja avaliada pelo seu próprio mérito, independentemente da fonte. (Whitman, 1990: 30-36)

peritos do Painel *WebDelphi*: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia; Enfermeiros Licenciados, com mais de 10 anos de serviço na área da Saúde da Mulher e que aceitaram ser peritos do Painel.

Embora exista a consciência de que não é a acumulação de cursos que confere ao profissional de enfermagem a competência esperada e que o facto de se possuir capacidade e conhecimentos para..., não significa que se é competente em..., e que o diploma de curso habilita para a entrada numa profissão, mas não limita as competências, pois estas vão-se adquirindo com a investigação e a prática diária (Azevedo, 2009), com a aquisição de mais conhecimentos e com o desenvolvimento de competências centradas na prática clínica alicerçada em dados da evidência, baseámo-nos na proposta de estádios de desenvolvimento profissional de Iniciado a Perito de Patrícia Benner (2001), teórica que identifica cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem. Defende que independentemente dos conhecimentos obtidos através da formação, as competências ‘das enfermeiras’ desenvolvem-se ao longo da sua vida profissional no contexto de trabalho, designadamente: Estado 1: Iniciado. Nível dos estudantes de enfermagem. Apresenta comportamento limitado e rígido. Estado 2: Iniciada Avançada. Nível das enfermeiras recém-formadas. Já lidaram com situações concretas o suficiente para observar os aspectos mais significativos de uma situação, sem ser numa perspectiva holística. Estado 3: Compete. É razoável no planeamento que pressupõe uma consciência e um agir ponderado e voluntário, discernindo os aspectos essenciais dos dispensáveis numa situação concreta. Trabalha no mesmo serviço acerca de dois/três anos. Estado 4: Proficiente. “*percepciona as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada*” (Benner, 2001: 50). Estado 5: Perita. A enfermeira apreende as situações de uma perspectiva global mas, ao contrário da enfermeira proficiente, nunca exclui uma série de possibilidades alternativas. Deste modo a perita afasta da sua prática o método analítico agindo de modo intuitivo. Neste último estádio a enfermeira tem um papel fulcral para o desenvolvimento do conhecimento em que a prática é tornada visível através da descrição das suas experiências onde são evidenciadas as suas competências. O estádio de perita é quando a enfermeira consegue passar do estado da compreensão da situação ao ato apropriado... quando age a partir de uma compreensão profunda da situação global, logo quando se apresenta com o desenvolvimento máximo (Benner, 2001: 58-59), mas “*Nem todas as enfermeiras serão capazes de se tornar peritas*” (Benner, 2001: 57), que nos serviu de fundamentação para a reconhecimento dos Enfermeiros experientes, com um nível elevado de adaptabilidade e de competência na sua denominação para Peritos, elementos, do Painel *WebDelphi* deste estudo, pois: “*A enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (...) tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis (...) age a partir de uma compreensão profunda da situação global.*” (Benner, 2001: 58).

Tendo em conta que a área da Saúde da Mulher tem uma forte componente social e de áreas específicas de intervenção em enfermagem, considerou-se que a heterogeneidade na composição do painel deve prevalecer em função da homogeneidade. Considerou-se que a multidisciplinaridade dos peritos permite alcançar consensos preditivos mais valiosos do que aqueles que se podiam obter se o painel fosse constituído por peritos com o mesmo percurso profissional. Foi tido em conta o parecer de Starkeather (1975: 37-46), mencionado por Cipriano Justo (2005: 5), quando refere que numa previsão tecnológica os peritos deveriam ser escolhidos pelos seus conhecimentos profundos numa dada área do conhecimento, enquanto na previsão social os peritos devem de possuir conhecimentos sobre uma grande variedade de assuntos para serem capazes de explorar os aspectos mais importantes do problema em estudo.

Na literatura encontra-se alguma controvérsia no que concerne ao número adequado de elementos constituintes de um Painel Delphi. Assim, enquanto Delbecq (1974: 21) afirma que são suficientes 30 participantes, e que um número superior não promove novas ideias e não altera significativamente os resultados, outros são os investigadores que nos seus estudos vão de doze (Woolliscroft, 1985: 46) a setecentos e cinquenta peritos (Norman, 1990: 36). Keeney *et al.* (2001) argumentam que a dimensão do painel e a sua heterogeneidade dependem do objetivo do projeto, desenho selecionado e o período de tempo disponível para a recolha de dados. Gordon (1994) indica que na maior parte dos casos o número de participantes é pequeno, cerca de 15 a 35 especialistas, que não importa produzir resultados estatisticamente significativos, pois o principal objetivo é fazer representar a opinião consensual dos participantes no Painel.

Quanto ao número de Rondas a ocorrer, não se identifica uma regra pois uns estudos podem ter mais do que outros, contudo, no mínimo devem ser realizadas duas Rondas. São raros os estudos com mais de três Rondas, pois os peritos findam a sua participação (Wright & Giovinazzo, 2000). Genericamente, o índice final de peritos respondentes na última Ronda é de 35 a 75% em relação à primeira Ronda (Gordon, 1994). Desta forma, considerou-se pertinente definir o número de participantes, síntese dos procedimentos, características das perguntas e o número de Rondas, como se pode observar no Quadro nº 8.

8.5.1.2. Os Peritos do Painel *Webdelphi*

Após a definição dos peritos que reuniam os critérios de inclusão para pertencerem ao painel, enviou-se-lhes (via questionário através do Google Docs®)²⁵ convite (Consentimento Informado) que visava a sua participação, como elemento perito do Painel de Peritos, no estudo. Foi dado o prazo de 10 dias (de 17 a 27 de maio de 2012). Todos os peritos convidados aceitaram pertencer ao Painel de Peritos *WebDelphi* como mostra o Gráfico nº 2.

Nº de Rondas	Nº e tipo de peritos participantes	Procedimentos	Características das perguntas
2 a 3	<ul style="list-style-type: none"> • 15 (peritos convidados); • Peritos de reconhecido mérito entre os profissionais de enfermagem; • Conhecedores do estado da arte da Saúde da Mulher e das necessidades de formação dos Enfermeiros no distrito de Setúbal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apelo à participação no painel; • Explicitação do objeto e objetivo do estudo; • Anonimato dos participantes; • Informação do horizonte temporal para aplicação dos resultados; • Interação com a informação de retorno das rondas; • Tratamento estatístico das respostas do painel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Referem-se à identificação das necessidades de formação contínua, na área da Saúde da Mulher, dos Enfermeiros do distrito de Setúbal; • Para cada questão do questionário há uma pergunta fechada, dirigida ao perito, que objectiva a sua opinião quanto à questão e o tipo de resposta “<i>Opinião do perito</i>”; • Esta é seguida de um espaço para que o perito registe o seu comentário “<i>Comentário do Perito</i>”.

Quadro nº 8. Características do painel de peritos *WebDelphy*.



Gráfico nº 2. Caracterização do Tempo Despendido pelos peritos na anuência ao Painel *WebDelphi*.

²⁵ Em:

<https://docs.google.com/spreadsheet/gform?key=0ApgT1iz002dXdFJINVVOCFJBc2xIYWxaWjJuQzliOWc#edit>

A leitura e análise do Gráfico nº 2 para além de informar sobre o tempo de resposta dos peritos, convidados para serem membros do Painel de Peritos *WebDelphi*, mostra o número de respostas acontecidas nesse período de tempo.

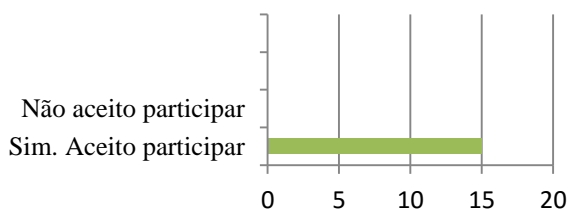


Gráfico nº 3. Caracterização dos peritos quanto à Adesão ao Painel *WebDelphi*.

Os 15 peritos convidados aceitaram participar no estudo (ver Gráfico nº 3) pelo que se passou ao procedimento de envio do Questionário da 1ª Ronda²⁶. Neste, incorporou-se uma primeira parte de questões que permitiram caracterizar os elementos do Painel de Peritos.

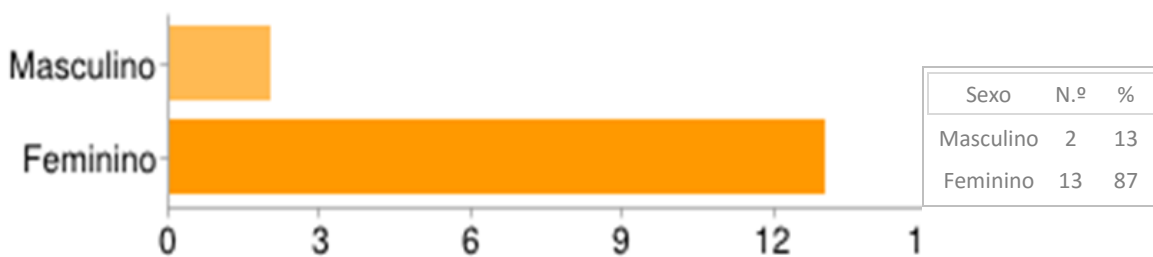


Gráfico nº 4. Caracterização dos peritos quanto ao Sexo.

Na leitura analítica do Gráfico nº 4 verifica-se que quanto ao sexo: de um total (N) de 15 peritos, 13 são do sexo feminino e 2 peritos do sexo masculino, o que conjuga com a profissão de enfermagem ser historicamente uma profissão do sexo feminino.

No universo dos peritos, denota-se na leitura e análise do Quadro nº 9 que, 1 (6,66%) perito é Doutor e que em igual fração 7 (46,67%) são peritos Mestres e peritos Licenciados.

²⁶ Em: <https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dGZ2bkRGeWo0Q0FLMXp0QksyRzFXZnc6MQ>

Habilitações	Nº	%
Licenciatura	7	46,67
Mestrado	7	46,67
Doutoramento	1	6,66
Total	15	100

Quadro nº 9. Caracterização dos peritos face às Habilitações Académicas.

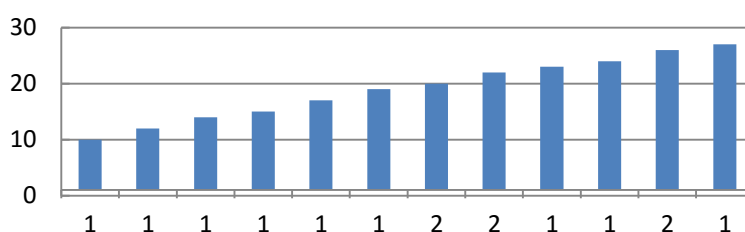


Gráfico nº 5. Caracterização dos peritos face ao Número de Anos de Trabalho na Área da Saúde da Mulher.

Na observação do Gráfico nº 5 pode-se identificar a diversidade na distribuição pelo Número de Anos de Trabalho dos peritos na Área da Saúde da Mulher, verificando-se que 9 peritos possuem 20 ou mais anos de trabalho efectivo como Enfermeiro/docente nesta área e de que o perito com menos anos de ser Enfermeiro, nesta área do conhecimento em enfermagem, é-o, contudo, já há 10 anos. Na sua análise global reconhece-se que todos os elementos do presente Painel de Peritos são concomitantemente ‘Peritos’ porque se situam no Estado 5 do desenvolvimento profissional, segundo a interpretação de Patrícia Benner (2001), onde existem vários estados de desenvolvimento profissional, designadamente: Estado 1. Iniciado; Estado 2. Iniciado Avançado; Estado 3. Competente; Estado 4. Proficiente e Estado 5. Perito.

8.5.1.3. Explicitação da Estrutura

Dalkey (1969:18-20) realizou um estudo sobre os procedimentos da técnica *Delphi* onde concluiu que na 1ª RONDA verifica-se normalmente uma grande dispersão de respostas que vão, posteriormente com a evolução das outras rondas, convergindo e tornando-se cada vez mais precisas e consensuais. Por esta conclusão denota-se a importância que a regra da formação de

consensos seja definida e seja do conhecimento dos demais envolvidos. Assim sendo, considerou-se que os critérios de consenso deveriam ser delimitados para facilitação na inclusão, na exclusão e na identificação das questões que devem ser revistas (para revisão). Determinou-se que após cada questão fosse colocado uma escala para a ‘*Opinião do Perito em relação à questão*’, onde podia assinalar a sua posição. Esta questão de concordância tinha quatro hipóteses de resposta que englobavam todas as possibilidades de opinião em relação à questão e em relação às opções de resposta e era seguida de uma questão de resposta aberta onde o Perito podia escrever o seu comentário ‘*Comentário do Perito*’, como se apresenta no seguinte exemplo.

Atualmente está a realizar algum Curso de Formação Contínua?

- Sim
- Não

OPINIÃO DO PERITO em relação à questão 7:

- Concordo plenamente com a questão e com o tipo de resposta
- Concordo com a questão mas discordo do tipo de respostas
- Discordo com a questão mas concordo com o tipo de respostas
- Não concordo com a questão nem com o tipo de resposta

COMENTÁRIO DO PERITO _____

Tendo em conta que os itens de resposta para a ‘*Opinião do Perito*’ foram construídos no sentido da sua resposta ser indicadora da sua posição quanto à inclusão ou exclusão da pergunta e simultaneamente identificador do seu parecer aquando da posição de discordância, o ‘*Comentário do Perito*’ resulta num complemento de informação face à posição do perito elucidando o seu parecer. Desta forma consideram-se dois tipos de consenso a serem aplicados a cada questão, nomeadamente:

O tipo de **critério de consenso de inclusão** quando:

- 100% (15) dos membros do painel de peritos assinalam o item “*Concordo plenamente com a questão e com o tipo de resposta*”.
- Ausência de comentários, dos membros do painel de peritos, que indiquem ambiguidades ou má compreensão das questões.

O tipo de **critério de consenso de exclusão** quando:

≥ 75% (11) dos elementos do painel de peritos assinalam o item “*Não concordo com a questão nem com o tipo de resposta*”.

- Presença de comentários, dos membros do painel de peritos, que indiquem ou especifiquem ambiguidades/má compreensão da questão e itens de resposta.

O tipo de **critério de consenso para revisão** quando:

- É assinalada, pelos elementos do painel de peritos, um dos dois itens de resposta intermédios (*Concordo com a questão mas discordo do tipo de respostas; Discordo com a questão mas concordo com o tipo de respostas*).
- Presença de comentários, dos membros do painel de peritos, que indiquem ou especifiquem ambiguidades/má compreensão da questão e itens de resposta.
- O investigador detecte irregularidades no conteúdo, na escrita e/ou na apresentação gráfica da questão e/ou das opções de resposta que possa colocar em causa a identificação correta do(s) indicador(es) em análise.

Após a recepção dos contributos dos peritos da 1ª RONDA, todas as questões foram estudadas analítica e estatisticamente tendo por base a opinião/comentário dos peritos, a aplicação dos critérios de consenso e a dispersão estatística pelas quatro possibilidades de resposta. Estes registos foram colocados num quadro construído para o efeito e com a finalidade de sistematizar os dados em análise (Ver Quadro n.º 10).

Opinião do perito		Concordo plenamente com a questão e com o tipo de resposta	Concordo com a questão mas discordo do tipo de respostas	Discordo com a questão mas concordo com o tipo de respostas	Não concordo com a questão nem com o tipo de respostas	Comentário/s dos Peritos
Questão		N.º (%)	N.º (%)	N.º (%)	N.º (%)	
Critérios de Consenso	Inclusão					
	Exclusão					
	P/revisão					

Quadro nº 10. Quadro simulador para registo da Opinião/Comentário dos Peritos e Aplicação dos Critérios de Consenso, face às questões do questionário da 1ª RONDA (Inspirado em Crawford et. al., 2004: 24-28).

8.5.1.4. Tratamento dos dados recebidos face ao Questionário da 1ª RONDA do Painel WebDelphi

Pela razão de se considerar ser de mais fácil entendimento resolveu-se apresentar o questionário que o investigador previamente elaborou e foi enviado para apreciação dos peritos na 1ª Ronda ao mesmo tempo que se faz a apreciação das opiniões e comentários dos peritos a cada questão, realiza-se a sua análise estatística face ao tipo de opinião de concordância mencionada e os comentários descritos, assim como a aplicação dos critérios de consenso definidos em relação à questão. Desta forma verifica-se se a inclusão, exclusão ou para revisão da questão. Posteriormente apresenta-se a questão, como será apresentada aos peritos na 2ª RONDA.

O **questionário da 1ª RONDA** está dividido por três partes, uma que apresenta o estudo ao Enfermeiro respondente, outra que caracteriza a população da amostra e outra em que se identificam as necessidades de formação. No final do questionário há duas questões, uma que identifica quais são as áreas transversais que os Enfermeiros respondentes gostavam de ver incluídas no curso de formação e uma última que identifica os motivos que levam um Enfermeiro a realizar um curso de formação contínua na área de Saúde da Mulher, estas duas questões também se consideram de caracterização da população.

1ª Parte: Apresentação do estudo e do investigador, designadamente, o questionário começa por um texto que se refere à apresentação do investigador e do seu diretor de Tese, abordagem que contextualiza o questionário, apelo ao Enfermeiro respondente para ser sujeito do estudo, tempo estimado para responder, anonimato e confidencialidade dos dados colhidos e do sujeito, liberdade de abandono do estudo, disponibilidade do endereço electrónico do investigador para informações/esclarecimentos pela mesma via, nomeadamente:

“Sou doutoranda em Didáctica e Organização das Instituições Educativas na Faculdade de Ciências de Educação da Universidade de Sevilha, sob a orientação do Professor Doutor Blas Bermejo Campos. Encontro-me numa das fases de recolha de dados para dar consecução à pesquisa que me proponho realizar, cujo tema é: "SAÚDE DA MULHER: Necessidades de Formação Contínua dos Enfermeiros do Distrito de Setúbal e Proposta de um Plano Formativo". A sua colaboração (para além de preciosa e imperativa para a continuidade deste estudo) consiste no preenchimento deste questionário, cujo tempo despendido está estimado em cerca de 15 minutos. Os dados obtidos serão utilizados estritamente no âmbito desta investigação e durante a sua divulgação. O anonimato e a confidencialidade dos dados serão respeitados, sendo garantida através da ocultação do seu nome e

endereço electrónico que serão substituídos por um número de código. É importante referir que é livre de abandonar a sua participação no estudo, caso sinta essa necessidade, sem que haja qualquer tipo de prejuízo para si. Fico disponível para informações ou esclarecimentos via correio electrónico: gomescosta22@gmail.com".

2ª Parte: Caracterização dos sujeitos do estudo

A caracterização dos sujeitos do estudo realiza-se a partir de seis questões, que não foram objeto de apreciação pelos peritos, designadamente:

➤ **A questão nº 1** é de escolha múltipla entre os dois géneros: Masculino e Feminino.

1. Sexo:

- Masculino
- Feminino

➤ **A questão nº 2** é de escolha múltipla entre dez parâmetros de intervalos de idades, numa amplitude de 20-24 anos até + de 65 anos.

2. Idade:

- 20-24 anos
- 25-29 anos
- 30-34 anos
- 35-39 anos
- 40-44 anos
- 45-49 anos
- 50-54 anos
- 60-64 anos
- + 65 anos

➤ **A questão nº 3** refere-se às habilitações, conferentes de grau académico, do sujeito respondente. Esta questão é de escolha múltipla entre quatro opções: Bacharelato; Licenciatura; Mestrado e Doutoramento.

3. Habilitações:

Conferentes de Grau Académico

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

- **A questão nº 4** alude a outras habilitações, não conferentes de grau académico: Curso de Pós-Graduação em Enfermagem; Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem e Curso de Formação Contínua em Enfermagem. Como importa saber a área destes cursos esta questão apresenta uma sub-questão aberta, onde se solicita, o sujeito do estudo, a indicar a nomenclatura do/s Cursos assinalado/s.

4. Outras habilitações:

Não conferentes de Grau Académico

- Curso de Pós-Graduação em Enfermagem
- Curso de Pós licenciatura de Especialização em Enfermagem
- Curso de Formação Contínua em Enfermagem

4.1. Indique a nomenclatura do/s Curso/s assinalado/s: _____.

- **A questão nº 5** visa caracterizar os respondentes quanto á sua posição na categoria profissional, nomeadamente: Enfermeiro; Enfermeiro Principal. Tem um item que se refere a “*Outro*”, que é de explicação aberta para o sujeito poder registar a sua situação.

5. Categoria Profissional

- Enfermeiro
- Enfermeiro Principal
- Outro: _____.

- **A questão nº 6** é de resposta aberta e refere-se ao local em que, na altura em que responde ao questionário, desempenha funções. Solicita-se que refira a Instituição e o serviço. Como se considerou importante saber, se na altura da resposta desempenha funções na área da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, solicita-se que registe, em resposta aberta, o número de anos.

6. Local (actual) de desempenho profissional

Refira instituição e serviço: _____.

6.1. Se actualmente desempenha funções na área das Saúde Materna e Obstétrica, registre há quantos anos: _____.

3ª Parte: Necessidades de formação contínua na área da Saúde da Mulher

Das trinta e uma (31) questões da 3ª Parte do questionário, vinte e duas (22) visam a identificação das necessidades de formação contínua na área de Saúde da Mulher (nomeadamente da 7ª à 29ª questão), a questão nº 30 pretende reconhecer quais, das temáticas transversais apresentadas, são as em que o Enfermeiro respondente gostaria de participar/aprofundar saberes e a questão nº 31 objectiva fazer um levantamento do/s motivo/s expressos, quais são os que levam os Enfermeiros a frequentar um curso de formação contínua.

Após a 1ª RONDA do Painel realizou-se, com o apoio do protótipo do Quadro nº 3, para cada questão a análise estatística da Opinião dos Peritos, com apresentação gráfica, a leitura do/s seus Comentário/s e a aplicação dos Critérios de Consenso que concluíram a inclusão, a exclusão ou a revisão da questão.

➤ **A questão nº 7:** Actualmente está a realizar algum Curso de Formação Contínua?

Apresentava as seguintes opções de resposta apresentadas em caixas de opção:

- Sim
- Não

O tipo de resposta é fechado com duas hipóteses de escolha, uma afirmativa e outra negativa.

Pretendia-se saber se os Enfermeiros sujeitos do estudo, à altura da resposta, estavam a frequentar algum curso de formação contínua, informação que seria complementada com a sub-questão nº 7.1. Se a sua resposta foi Sim refiram a nomenclatura do Curso que está a frequentar? Pois daria a informação do tipo de curso e de qual a área optada. Mas como se pensou que se poderia identificar da vontade do sujeito Enfermeiro fazer um curso de formação contínua

colocou-se a questão nº 7.2. Se a sua resposta foi Não. Refira a sua vontade de vir a realizar um curso de formação contínua?

Como as sub-questões nº 7.1 e nº 7.2 estão directamente relacionadas com a questão nº 7 foram tidas em conta na mesma Escala de Registo de Opinião/Comentário.

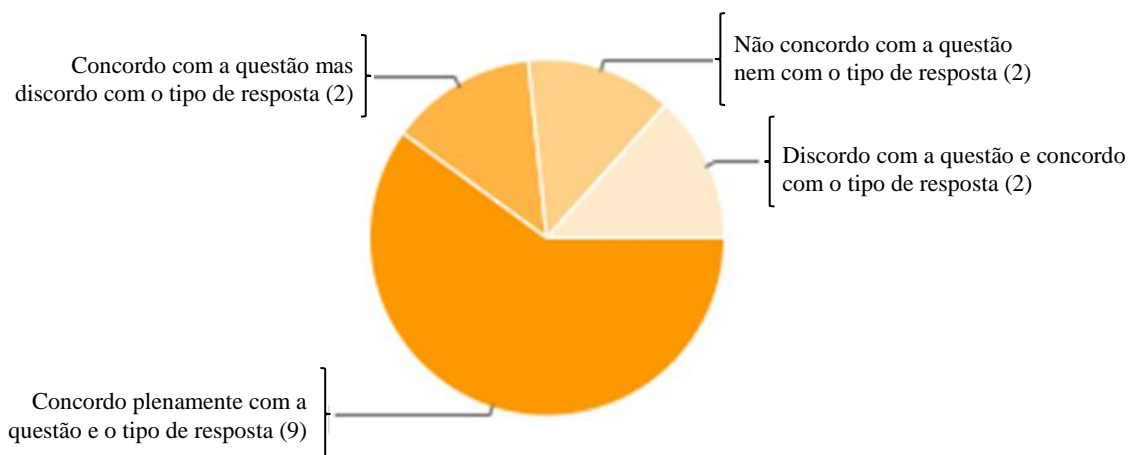


Gráfico nº 6. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 7.

Opinião do perito		Concordo plenamente com a questão e com o tipo de resposta	Concordo com a questão mas discordo do tipo de respostas	Discordo com a questão mas concordo com o tipo de respostas	Não concordo com a questão nem com o tipo de resposta	Comentário/s dos Peritos
7. Atualmente está a realizar algum Curso de Formação Contínua? 7.1. Se a sua resposta foi Sim. Refira a nomenclatura do Curso que está a frequentar? 7.2. Se a sua resposta foi Não. Refira a sua vontade de vir a realizar um Curso de Formação Contínua?		9 (60,04%)	2 (13,32%)	2 (13,32%)	2 (13,32%)	<ul style="list-style-type: none"> • “Pergunta que não acrescenta valor ao objeto do estudo.” • “Deverá ser especificado o que se entende por Curso de Formação Contínua.” • “Poderá haver diferentes entendimentos de Formação Contínua nos respondentes.”
Critérios de Consenso	Inclusão					
	Exclusão	X				
	P/revisão					

Quadro nº 11. Opinião/Comentário dos Peritos e Aplicação dos Critérios de Consenso, face à questão nº 7 do questionário da 1ª RONDA.

Na leitura e análise do Gráfico nº 6 e do Quadro nº 11, referente ao Registo de Opinião/Comentário da questão nº 7 e sub-questões nº 7.1 e nº 7.2, identificam-se 9 (60,04%) peritos que concordam plenamente com a questão e com o tipo de resposta. Embora estes peritos tenham tomado uma postura de inclusão com a questão e a metodologia de resposta a questão foi excluída do questionário porque foi tido em conta a dispersão das opiniões pelas outras três posições de concordância possíveis [com de 2, (13,32%) peritos.../ cada posição de concordância] e os comentários realizados, designadamente: *“Pergunta que não acrescenta valor ao objecto de estudo”*; *“Deverá ser especificado o que se entende por Curso de Formação Contínua”*; *“Poderá haver diferentes entendimentos de Formação Contínua nos respondentes”*.

Desta forma a questão foi excluída e introduziu-se, no início da 2ª Parte do Questionário, o seguinte apontamento informativo sobre o entendimento de Curso de Formação Contínua:

Um Curso de Formação Contínua não confere Grau Académico. É um processo de ensino/aprendizagem dinâmico que acontece após a formação inicial e que com ela se articula e complementa. Visa a aquisição/desenvolvimento de competências com base na evidência científica e prática reflexiva no sentido da adequação da formação às exigências profissionais da atualidade (Malglaive, 1995; Alarcão, 1998; Perrenoud, 2002).

É necessário prevenir o leitor, para boa compreensão, que uma vez que a questão nº 7 foi excluída do questionário na 1ª RONDA, a questão nº 8 do mesmo questionário, passa a ser a questão nº 7 do questionário a colocar em apreciação na 2ª RONDA.

➤ **A questão nº 8:** Das áreas de enfermagem apresentadas, em qual ou quais recai a sua escolha?

Apresentava as seguintes opções de resposta apresentadas em caixas de opção:

- Saúde Infantil e Pediátrica
- Saúde Mental e Psiquiátrica
- Saúde Comunitária
- Saúde Materna e Obstétrica
- Saúde Familiar
- Reabilitação
- Pessoa em Situação Crítica

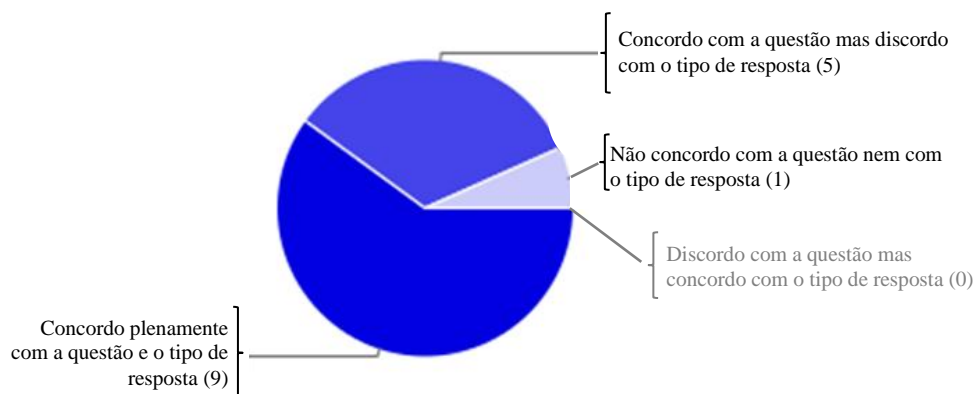


Gráfico nº 7. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 8.

Opinião do perito		Concordo plenamente com a questão e com o tipo de resposta	Concordo com a questão mas discordo do tipo de respostas	Discordo com a questão mas concordo com o tipo de respostas	Não concordo com a questão nem com o tipo de resposta	Comentário/s dos Peritos
8. Das áreas de enfermagem apresentadas, em qual ou quais recai a sua escolha?		9 (60,04%)	5 (33,30%)	0	1 (6,66%)	
Critérios de Consenso	Inclusão					
	Exclusão					
	P/revisão	X				

Quadro nº 12. Opinião/Comentário dos Peritos e Aplicação dos Critérios de Consenso, face à questão nº 8 do questionário da 1ª RONDA.

Na leitura e análise do Gráfico nº 7 e do Quadro nº 12, verifica-se que existem 9 (60,04%) peritos que concordam plenamente com a questão nº 8 e com o tipo de resposta, mas 6 (39,96%) peritos discordam com o tipo de resposta. De entre estes, 1 (6,66%) perito discorda não só com o tipo de resposta mas também com o tipo de questão.

Os comentários apresentados pelos peritos referem que a opção de resposta: ‘*outra*’, deveria estar incluída, uma vez que as opções de resposta apresentadas reportam-se às áreas de especialidade em enfermagem acreditadas pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses, mas que existem outras áreas de formação em enfermagem que os Enfermeiros inquiridos possam querer assinalar.

Aplicados os Critérios de Consenso considerou-se a revisão da questão nº 8.

Considerou-se que a questão deveria incluir a opção de resposta ‘*outra*’. Que quando ‘*outra*’ for a opção do Enfermeiro respondente, que este refira qual, em resposta aberta, com a sua descrição nominal.

A questão nº 8 é concomitantemente determinante para o Enfermeiro respondente continuar, ou não, a responder ao questionário. Designadamente, todas as hipóteses de opção, que não sejam a seleção de Saúde Materna e Obstétrica, são as que determinam o término da participação do Enfermeiro respondente. Desta forma são limitados, na amostra, os Enfermeiros que se interessam pela área de Saúde Materna e Obstétrica, nomeadamente pela área da Saúde da Mulher, pois entende-se que são estes os que podem indicar das temáticas mencionadas no questionário, quais são aquelas em que sentem necessidade de adquirir saberes.

A partir desta questão o questionário dirige-se só a estes sujeitos, que são aqueles que têm expectativas pela área e podem mais adequadamente referir quais as suas necessidades de formação contínua em enfermagem de Saúde da Mulher.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 8 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

7. Das áreas apresentadas assinale a/as que mais gostava de frequentar em modo de Curso de Formação Contínua:

- Saúde Infantil e Pediátrica
- Saúde Mental e Psiquiátrica
- Comunitária
- Saúde Materna e Obstétrica
- Saúde Familiar
- Reabilitação
- Pessoa em Situação Crítica

- Saúde do Idoso e Geriatria
- Médico-Cirúrgica
- Outro: _____.

A parte do questionário que se refere à identificação das necessidades dos Enfermeiros na área de Saúde da Mulher encontra-se dividida por sete áreas de intervenção, com três questões cada, designadamente: I. Planeamento para a família e período pré concepcional, a que se referem as questões nº 9, nº 10 e nº 11; II. Gravidez, a que se referem as questões nº 12, nº 13 e nº 14; III. Parto, a que se referem as questões nº 15, nº 16 e nº 17; IV. Puerpério, a que se referem as questões nº 18, nº 19 e nº 20; V. Climatério, a que se referem as questões nº 21, nº 22 e nº 23; VI. Ginecologia, a que se referem as questões nº 24, nº 25 e nº 26; VII. Comunidade, a que se referem as questões nº 27, nº 28 e nº 29. A questão nº 30 refere-se à identificação das áreas transversais que o sujeito respondente gostaria de ver num plano formativo de um Curso de Formação Contínua em Enfermagem e a questão nº 31 abarca a importância dos motivos para frequentar um Curso de Formação Contínua em Enfermagem.

I. PLANEAMENTO PARA A FAMÍLIA E PERÍODO PRÉ-CONCECIONAL

(questões: nº 9, nº 10 e nº 11)

Para entendimento do descrito, importa referir que no questionário, da questão nº 9 até à questão nº 29, todas as questões terminam com a expressão: “... *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...*”. Esta expressão faz a ligação entre a questão (*tema*) e as opções de escolha de resposta (*temáticas*).

➤ **A questão nº 9.** No âmbito dos conhecimentos para melhor assistir e promover a Saúde da Mulher, designadamente: na vivência dos processos de saúde/doença; nas problemáticas da sexualidade; no planeamento para a família e no período pré-concepcional, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Educação sexual
- Saúde pré-concepcional
- Regulação da fecundidade e da fertilidade
- Planeamento familiar e pré-concepcional
- Promoção e decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional
- Métodos contraceptivos e supervisionamento na sua utilização

- Recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional
- Outro: _____.

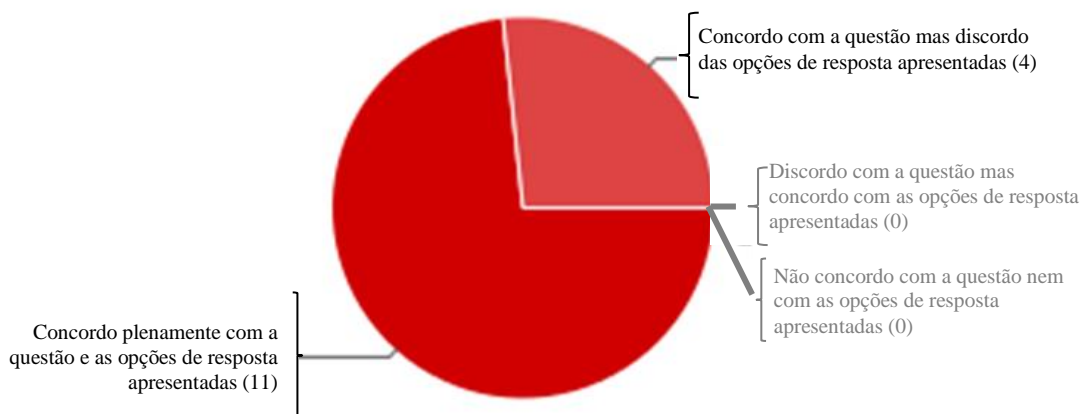


Gráfico nº 8. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 9.

Opinião do perito		Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo das opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
9. No âmbito dos conhecimentos para melhor assistir e promover a Saúde da Mulher e tendo em conta: - a vivência dos processos de saúde/doença; - as problemáticas da sexualidade; - o planeamento para a família e o período pré-concepcional, <i>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em ...?</i>		11 (73,36%)	4 (26,64%)	0	0	
Critérios de Consenso	Inclusão					
	Exclusão					
	P/revisão	X				

Quadro nº13. Opinião/Comentário dos Peritos e Aplicação dos Critérios de Consenso, face à questão nº 9 do questionário da 1ª RONDA.

Na leitura e análise do Gráfico nº 8 e do Quadro nº 13, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 9, identificam-se 11 (73,36%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas, mas 4 (26,64%) peritos apesar de concordarem com a questão, discordam com as opções de resposta, pois efetuam o comentário: “*E se o profissional achar que nenhuma das áreas necessita de formação suplementar como responde?*”.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão nº 9.

Tendo em conta que esta situação se podia colocar entre a questão nº 9 e a questão nº 29, determinou-se formular uma opção de resposta que fosse aditada às questões em causa, designadamente:

- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas.

Numa perspectiva de melhoramento da apresentação gráfica do questionário, nomeadamente no que confere ao destaque do tema que está em questionamento, considerou-se pertinente colocar as palavras que o referem, em letras maiúsculas. Esta modificação tem ocorrência em todas as questões da 2ª Parte do questionário.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 9 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

8. No âmbito dos CONHECIMENTOS para MELHOR ASSISTIR e PROMOVER a SAÚDE DA MULHER, designadamente: na vivência dos processos de saúde/doença; nas problemáticas da sexualidade; no planeamento para a família e no período pré-concepcional, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

- Educação sexual
- Saúde pré-concepcional
- Regulação da fecundidade e da fertilidade
- Planeamento familiar e pré-concepcional
- Promoção e decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional
- Métodos contraceptivos e supervisionamento na sua utilização
- Recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional

- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

➤ **A questão nº 10.** No âmbito da formulação diagnóstica precoce para a prevenção de complicações na Saúde da Mulher, no que se refere: á saúde sexual; ao planeamento para a família e durante o período pré-concepcional, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de Saúde da Mulher
- Intervenções de protecção da saúde e prevenção das Infeções Sexualmente Transmissíveis
- Identificação de problemas relacionados com a vivência da Sexualidade
- Identificação e monitorização do potencial de risco pré-concepcional e obstétrico
- Intervenções à mulher com Infeção Sexualmente Transmissível, incluindo os conviventes significativos
- Outro: _____.

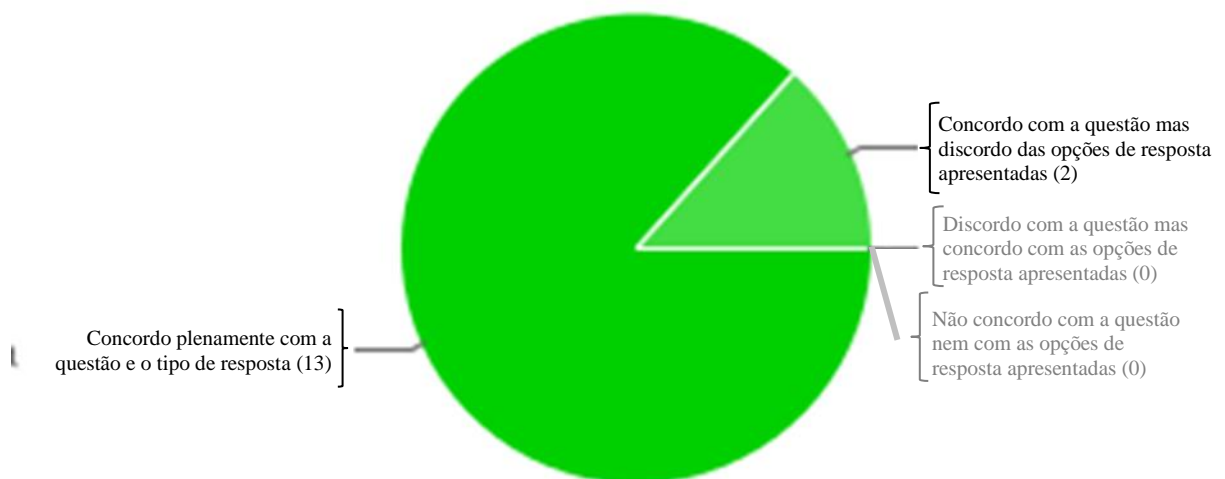


Gráfico n.º 9. Opinião do Painel de Peritos face à questão n.º 10.

Opinião do perito		Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
10. No âmbito da formulação diagnóstica precoce para a prevenção de complicações na Saúde da Mulher, no que se refere: - à saúde sexual; - ao planeamento para a família e durante o período pré-concepcional, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em ...?		14 (93,34%)	1 (6,66%)	0	0	<ul style="list-style-type: none"> "Importa acrescentar o auto-exame da mama como opção de resposta"
Critérios de Consenso	Inclusão	X				
	Exclusão					
	P/revisão					

Quadro nº 14. Opinião/Comentário dos Peritos e Aplicação dos Critérios de Consenso, face à questão nº 10 do questionário da 1ª RONDA.

Na leitura e análise do Gráfico nº 9 e do Quadro nº 14, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 10, identifica-se que 14 (93,34%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas e que 1 (6,66%) perito concorda com a questão mas discorda com as opções de resposta apresentadas. No espaço para comentário do perito desponta uma apreciação que alerta para o acrescento de uma opção referente ao “*auto-exame da mama*”. Refletindo, considerou-se que a temática do exame mamário já está incluída na temática, opção de resposta: Risco da Mulher com afecções da mama, designadamente no campo de ação do tema: No âmbito do diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com afecções da mama, na questão nº 24.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a inclusão da questão nº 10.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 10 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

9. No âmbito da FORMULAÇÃO DIAGNÓSTICA PRECOCE para a PREVENÇÃO de COMPLICAÇÕES na SAÚDE da MULHER, no que se refere: à saúde sexual; ao planeamento para a família e durante o período pré-concepcional, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

- Intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher

- Intervenções de proteção de saúde e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis
- Identificação de problemas relacionados com a vivência da sexualidade
- Identificação e monitorização do potencial de risco pré-concepcional e obstétrico
- Intervenções à mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo o companheiro
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

➤ **A questão nº 11.** No âmbito da providência de cuidados de Saúde à Mulher com: disfunções sexuais; problemas de fertilidade; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Mutilação Genital Feminina, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo os seus conviventes significativos
- Intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro
- Medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos
- Identificação e orientação (no âmbito da rede de referência materno-infantil) da mulher (menina ou em idade fértil) com mutilação genital feminina
- Outro: _____.

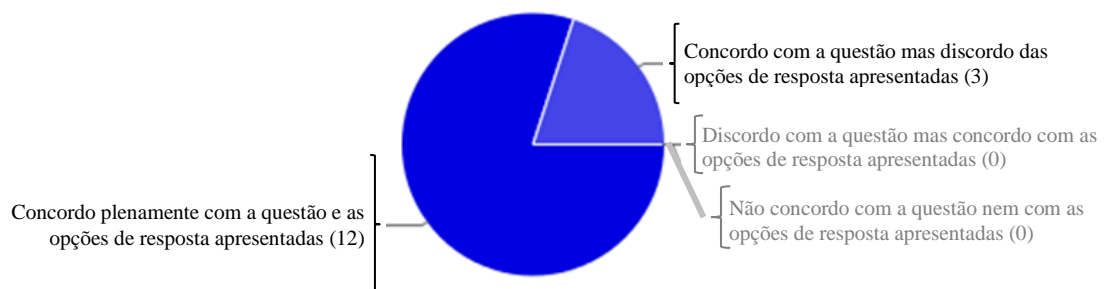


Gráfico n° 10. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 11.

Opinião do perito		Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
11. No âmbito da providência de cuidados de Saúde à mulher com: - disfunções sexuais; - problemas de fertilidade; - infeções sexualmente transmissíveis; - mutilação genital, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?		12 (79,92%)	3 (20,08%)	0	0	<ul style="list-style-type: none"> • “Discordo apenas porque a palavra ‘conviventes’ não me parece adequado ao tipo de problema, mas sim ‘companheiros’.” • “Não existe a opção relacionada com as IST”
Critérios de Consenso	Inclusão					
	Exclusão					
	P/revisão	X				

Quadro nº 15. Opinião/Comentário dos Peritos e Aplicação dos Critérios de Consenso, face à questão nº 11 do questionário da 1ª RONDA.

Na leitura e análise do Gráfico nº 10 e do Quadro nº 15, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 11, verifica-se que 12 (79,92%) peritos referem estar plenamente de acordo com as opções de resposta apresentadas e que 3 (20,08%) peritos concordam com a questão mas discordam das opções de resposta apresentadas. Nesta análise teve-se muito em conta os comentários dos peritos, especialmente o que refere que “*Não existe a opção relacionada com as IST*”. Na realidade a temática referente às Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST) não se encontra, por lapso, incorporada nas opções de resposta desta questão, embora seja, nela, anunciada.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão nº 11.

A rectificação consistiu na atenção aos reparos realizados em comentário, particularmente no acréscimo de uma nova opção temática de resposta, a saber: “*Intervenções à mulher portadora de Infeção Sexualmente Transmissível, incluindo companheiro*”. Nesta e nas restantes temáticas de opção de resposta foi tida em conta a proposta de mudança da palavra ‘convivente’ para ‘companheiro’.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 11 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

10. No âmbito da PROVIDÊNCIA de CUIDADOS de SAÚDE à MULHER com: disfunções sexuais; - problemas de fertilidade; infecções sexualmente transmissíveis; mutilação genital feminina, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo o seu companheiro
- Intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro
- Medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e ou com problemas de fertilidade, incluindo companheiro
- Identificação e orientação da mulher com mutilação genital (abrange a mulher de menina a maior tendo em conta a Rede de Referenciação Materno-infantil)
- Intervenções à mulher portadora de Infecção Sexualmente Transmissível, incluindo companheiro
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

II GRAVIDEZ

(questões: nº 12, nº 13 e nº 14)

➤ **A questão nº 12.** No âmbito da promoção da Saúde da Mulher durante: - o período pré-natal; - situação de abortamento, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Promoção da saúde pré-natal;
- Diagnóstico e monitorização da gravidez;
- Promoção da decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre os recursos disponíveis na comunidade;
- Promoção da saúde mental na vivência da gravidez;
- Preparação para o nascimento e parentalidade responsável;
- Promoção do plano de parto, aconselhamento e apoio da mulher na sua decisão;
- Promoção do aleitamento materno;
- Decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez;
- Sexualidade e contraceção no período pós-aborto;
- Outro: _____

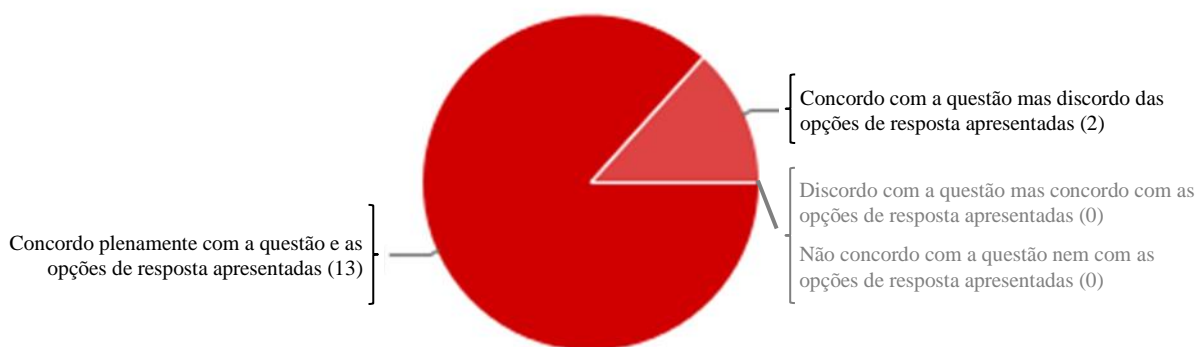


Gráfico n.º 11. Opinião do Painel de Peritos face à questão n.º 12.

Opinião do perito	Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
12. No âmbito da promoção da Saúde da Mulher durante: - o período pré-natal, situação de abortamento, <i>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?</i>	13 (86,68%)	2 (13,32%)	0	0	• " <i>Não se percebe bem se contempla a IVG</i> "
Critérios de Consenso	Inclusão	X			
	Exclusão				
	P/revisão				

Quadro n.º 16. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n.º 12 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico n.º 11 e do Quadro n.º 16, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n.º 12, levam à interpretação de que 13 (86,68%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas e que 2 (13,32%) peritos apesar de concordarem também com a questão discordam das opções de resposta apresentadas.

Interpretando o comentário exposto, nomeadamente: "*não se percebe bem se contempla a IVG*" (sendo IVG: Interrupção Voluntária da Gravidez), levou a uma nova leitura da questão/opções de resposta, interpretando-se que o perito não leu/entendeu a opção de resposta apresentada "*Decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez*".

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a inclusão da questão n.º 12.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 12 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

11. No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER durante: o período pré-natal; situação de abortamento, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Promoção da saúde pré-natal
- Diagnóstico e monitorização da gravidez
- Promoção da saúde mental na vivência da gravidez
- Preparação para o nascimento e parentalidade responsável
- Promoção do Plano de nascimento (aconselhamento e apoio da mulher na sua decisão)
- Promoção da decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, (informação à grávida sobre os recursos disponíveis na comunidade)
- Promoção do aleitamento materno
- Decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez
- Sexualidade e contraceção no período pós-aborto
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

➤ **A questão nº 13.** No âmbito do diagnóstico precoce e na prevenção de complicações na Saúde da Mulher durante o período pré-natal; - situação de abortamento, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Sinais e sintomas de risco na gravidez
- Identificação e monitorização da saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados
- Exames auxiliares de diagnóstico, necessários à deteção de gravidez de risco
- Desvios à gravidez fisiológica
- Desvios ao padrão de adaptação à gravidez
- Avaliação do bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados
- Avaliação e determinação da adequação da estrutura pélvica em relação ao feto
- Promoção da Saúde da Mulher visando potenciar uma gravidez saudável
- Identificação e monitorização de trabalho de abortamento
- Promoção da Saúde da Mulher durante o abortamento e após o aborto
- Complicações pós-aborto
- Outro: _____.

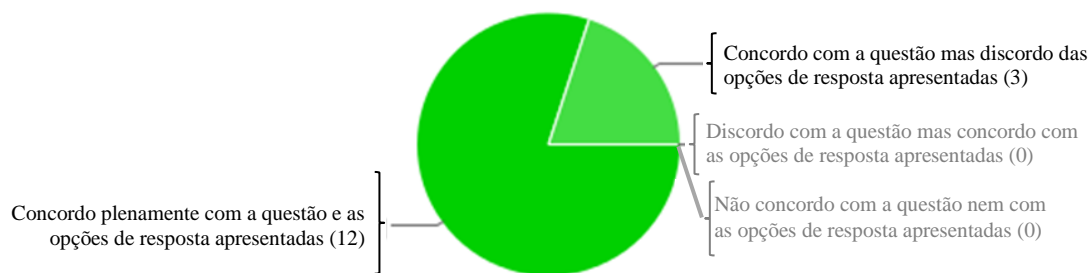


Gráfico n.º 12. Opinião do Painel de Peritos face à questão n.º 13.

Opinião do perito	Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
13. No âmbito do diagnóstico precoce e na prevenção de complicações na Saúde da Mulher durante: - o período pré-natal; - situação de abortamento, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?	12 (79,92%)	3 (20,08%)	0	0	<i>"A discordância é em relação à apresentação das 1^{as} questões"</i>
Critérios de Consenso	Inclusão	X			
	Exclusão				
	P/revisão				

Quadro n.º 17. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n.º 13 do questionário da 1^a RONDA.

A leitura analítica do Gráfico n.º 12 e do Quadro n.º 17, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n.º 13, denota uma apreciação dos peritos, semelhante à realizada para a questão n.º 12, particularmente na distribuição das suas opiniões de concordância face à inclusão da questão e das suas opções de resposta no questionário. Verifica-se que 12 (79,92%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas e 3 (20,08%) peritos embora também concordem com a questão discordam das opções de resposta, comentando que *"A discordância é em relação à apresentação das primeiras questões"*. O comentário do perito apresentado induz, com a expressão *'primeiras questões'*, que se refere às primeiras opções temáticas apresentadas no questionário para esta questão, que consideramos poder ser: *"Sinais e sintomas de risco na gravidez"*; *"Identificação e monitorização da saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados"*; *"Exames auxiliares de*

diagnóstico, necessários à detecção de gravidez de risco”. Contudo, como o comentário não é mais específico impossibilita uma apreciação mais acurada.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a inclusão da questão n° 13.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão n° 13 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

12. No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE e na PREVENÇÃO de COMPLICAÇÕES na SAÚDE da MULHER durante: o período pré-natal; situação de abortamento, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Risco na gravidez (sinais e sintomas)
- Monitorização da saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados
- Exames auxiliares de diagnóstico (necessários à detecção de gravidez de risco)
- Desvios à gravidez fisiológica
- Desvios ao padrão de adaptação à gravidez
- Avaliação e determinação da adequação da estrutura pélvica em relação ao feto
- Promoção da saúde da mulher visando potenciar uma gravidez saudável
- Identificação e monitorização de trabalho de abortamento
- Complicações após aborto
- Promoção da saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

➤ **Questão n.º 14.** No âmbito da providência dos cuidados à Mulher para facilitação da sua adaptação, durante: o período pré-natal; situação de abortamento, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez
- Intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação
- Intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez
- Medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica
- Transferência e cuidados à grávida durante o seu transporte
- Cuidados à mulher com complicações pós-aborto
- Medidas de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento

- Outro: _____.

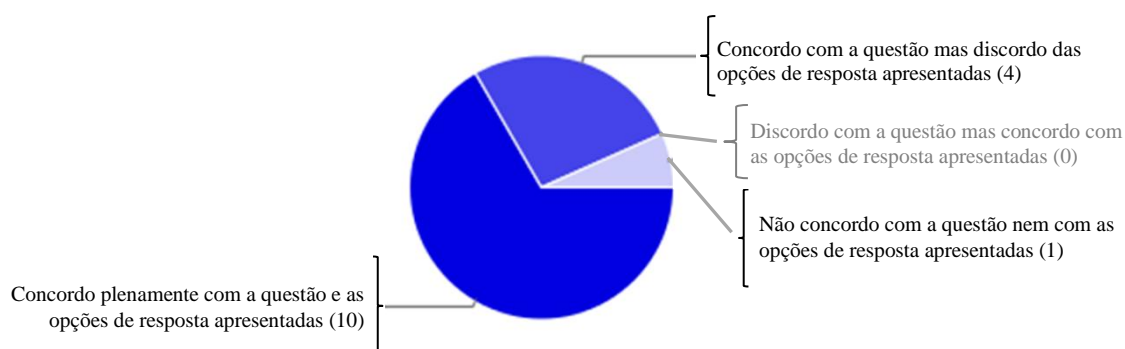


Gráfico n° 13. Opinião do Paineil de Peritos face à questão n° 14.

Opinião do perito		Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
14. No âmbito da providência dos cuidados à mulher para facilitação da sua adaptação, durante: - o período pré-natal; - situação de abortamento, <i>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?</i>		10 (66,70%)	4 (26,64%)	0	1 (6,66%)	<ul style="list-style-type: none"> • “A pergunta: facilitar a adaptação ... não se adequa a algumas opções de resposta”
Critérios de Consenso	Inclusão					
	Exclusão					
	P/revisão	X				

Quadro n° 18. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 14 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico n° 13 e do Quadro n° 18, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 14, refere que 10 (66,70%) peritos manifestam a sua concordância plena com a questão e com as opções de resposta, que 4 (26,64%) peritos apesar de também concordarem com a questão discordam com as opções de resposta apresentadas e que 1 (6,66%) perito manifesta a sua não concordância com a questão e com as opções de resposta apresentados. Analisando o comentário apresentado sobre a questão, verifica-se a anotação de que a expressão “...facilitar a adaptação”... não se adequa a todas as opções temáticas de resposta.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão n° 14.

A revisão determinou que o termo empregue ‘mulher’ passasse a ser de ‘grávida’, pois as opções de resposta referem-se à mulher quando no estágio de gestante. Desta forma o critério temático de opção de resposta: “Intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação” passou a ser “Intervenções à grávida com desvios ao padrão ‘normal’ de adaptação à gestação”, o critério “Intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez” passou a ser “Intervenções à grávida com patologia associada” e o critério “Medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica” passou a ser “Medidas de suporte básico de vida à grávida em situação crítica”.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 14 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

14. No âmbito da PROVIDÊNCIA dos CUIDADOS que visam a SAÚDE da MULHER e do seu RECÉM-NASCIDO relacionados com: o diagnóstico precoce; a prevenção de complicações na mulher, feto e/ou recém-nascido, sente necessidade de adquirir /aprofundar saberes em:

- Estrutura anatómica e fisiológica feto-pélvica
- Trabalho de parto
- Desvios ao padrão do trabalho de parto e parto normal (eutócico)
- Medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina
- Reanimação do recém-nascido
- Observação física do recém-nascido (alterações morfológicas e/ou funcionais)
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

III PARTO

(Questões : n.º 15, n.º 16 e n.º 17)

➤ **A questão nº 15.** No âmbito da promoção da Saúde da Mulher durante: o trabalho de parto; a optimização da adaptação do Recém-nascido à vida extra-uterina, *sente necessidade de adquirir /aprofundar saberes em:*

- Plano de nascimento
- Ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto
- Promoção do conforto e bem-estar da Mulher e conviventes significativos

- Promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos
- Promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno
- Promoção, prevenção e controlo da dor
- Outro: _____.

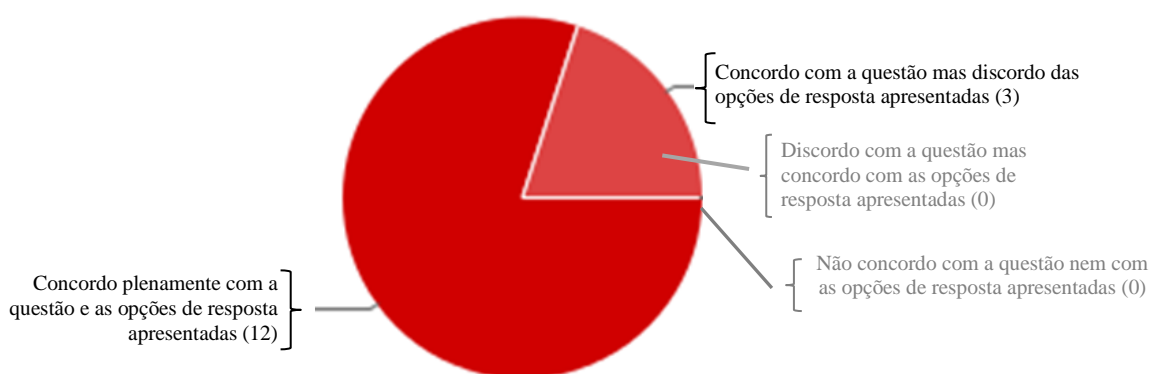


Gráfico n° 14. Opinião do Painel de Peritos face à questão n° 15.

Opinião do perito		Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
15. No âmbito da promoção da Saúde da Mulher durante: - o trabalho de parto; - a otimização da adaptação do Recém-nascido à vida extrauterina, <i>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?</i>		12 (79,92%)	3 (20,08%)	0	0	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Relativamente à dor: Promoção? Poderia estar especificado farmacológicas/não farmacológicas"</i> • <i>"Fiquei confusa com a hipótese de resposta: Promoção... da dor"</i>
Critérios de Consenso	Inclusão					
	Exclusão					
	P/revisão	X				

Quadro n° 19. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 15 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico nº 14 e do Quadro nº 19, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 15, revela que 12 (79,92%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas e que 3 (20,08%) peritos também concordam com a questão mas referem discordar das opções de resposta apresentadas aduzindo dois comentários, nomeadamente: "*Relativamente à dor: Promoção? Poderia estar especificado farmacológicas/ não farmacológicas*" e "*Fiquei confusa com a hipótese de resposta: Promoção... da dor*".

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão nº 15.

A inspeção, determinou que a questão se manteria e que de entre as opções de resposta algumas deveriam ser remodeladas, pelo que se teve em conta os comentários realizados para a opção de resposta "*Promoção, prevenção e controlo da dor*" que passou a ter a seguinte apresentação: "*Prevenção e controlo da dor (intervenção não farmacológica/farmacológica)*". Aquando da leitura das outras opções de resposta, percebeu-se que determinadas alterações poderiam melhorar a apresentação das mesmas, a saber: remodelou-se a opção de resposta "*Promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos*" e passou a "*Promoção da vinculação da tríade*", pois houve a escolha de uma linguagem mais corrente e facilitadora para a compreensão dos respondentes; A opção de resposta "*Promoção do conforto e bem-estar da Mulher e conviventes significativos*" foi alterada para "*Promoção do conforto e bem-estar da grávida/companheiro ou convivente significativo*", porque se considerou que no estágio do Parto a Mulher está grávida e é denominada por este mesmo termo, ou é, numa linguagem obstétrica, denominada por parturiente, pelo que se elegeu 'grávida' mais o acréscimo do termo 'companheiro' e a expressão 'ou convivente significativo' tendo em conta que convivente significativo não inclui propriamente o companheiro da grávida. Como complemento desta opção mas já na variante do pós-parto (puerpério) incluiu-se uma nova opção de resposta, designadamente: "*Promoção do conforto e bem-estar da puérpera/recém-nascido/companheiro ou convivente significativo*". Assim, no questionário para a 2ª RONDA, a questão nº 15 passou a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 15 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

15. No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER durante: o trabalho de parto; a otimização da adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

- Plano de nascimento

- Ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto
- Prevenção e controlo da dor (intervenção não farmacológica/farmacológica)
- Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno
- Promoção da vinculação da tríade
- Promoção do conforto e bem-estar da grávida/companheiro ou convivente significativo
- Promoção do conforto e bem-estar da puérpera/recém-nascido/companheiro ou convivente significativo
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

➤ **A questão nº 16.** No âmbito: do diagnóstico precoce; da prevenção de complicações na Saúde da Mulher e na Saúde do Recém-nascido, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Trabalho de parto
- Desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto
- Estrutura anatómica e fisiológica feto-pélvica
- Evolução do trabalho de parto
- Medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina
- Reanimação do recém-nascido
- Alterações morfológicas e funcionais do Recém-nascido
- Outro: _____.

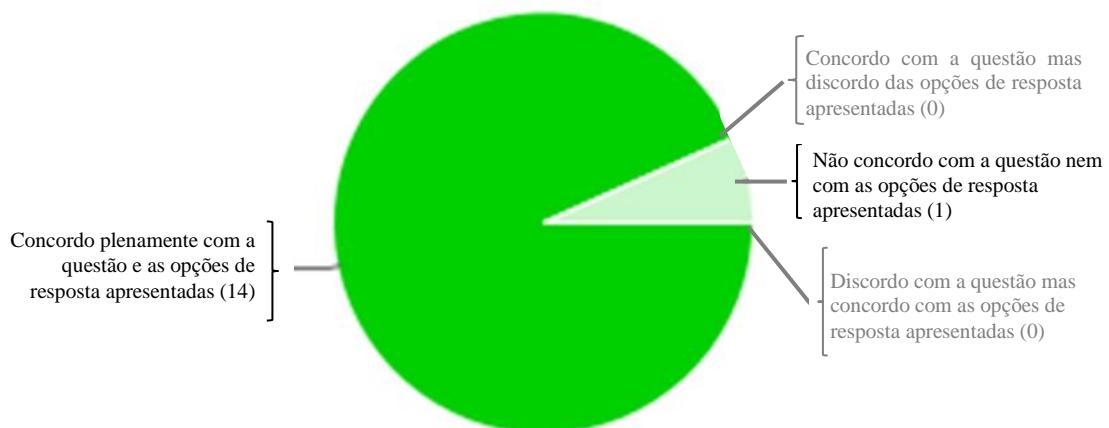


Gráfico nº 15. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 16.

Opinião do perito	Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
16. No âmbito: - do diagnóstico precoce; - da prevenção de complicações na Saúde da Mulher e na Saúde do Recém-nascido, <i>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?</i>	14 (93,34%)	0	0	1 (6,66%)	Sem comentários
Critérios de Consenso	Inclusão				
	Exclusão				
	P/revisão	X			

Quadro nº 20. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 16 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico nº 15 e do Quadro nº 20, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 16, identifica que 14 (93,34%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas e que 1 (6,66%) perito refere que não concorda com a questão nem com as opções de resposta. Embora haja esta avaliação de não concordância não é apresentado nenhum comentário.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão nº 16.

Assim, procedeu-se a uma nova combinação nas opções de resposta, nomeadamente: foi retirada a opção “*Evolução do Trabalho de Parto*” por se entender ser uma área de intervenção específica do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. A opção de resposta “*Desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto*” passou a “*Desvios ao padrão do trabalho de parto e parto normal (eutócico)*” e na opção de resposta “*Alterações morfológicas e funcionais do Recém-nascido*” passou a ter a apresentação “*Observação física do recém-nascido (alterações morfológicas e/ou funcionais)*”, porque em ambas se considerou pertinente mudar para uma apresentação de escrita mais assertiva com o seu conteúdo.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 16 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

16. No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER durante: o Trabalho de Parto; a otimização da adaptação do Recém-nascido à vida extra-uterina, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Plano de nascimento
- Prevenção e controle da dor (intervenção não farmacológica/farmacológica)
- Promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno
- Promoção da vinculação da tríade
- Promoção do conforto e bem-estar da grávida/companheiro ou convivente significativo
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

➤ **A questão nº 17.** No âmbito: da providência de cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à Mulher em trabalho de parto
- Intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto
- Retenção da placenta
- Complicações da gravidez e do parto
- Transferência e cuidados à parturiente durante o transporte
- Outro: _____.

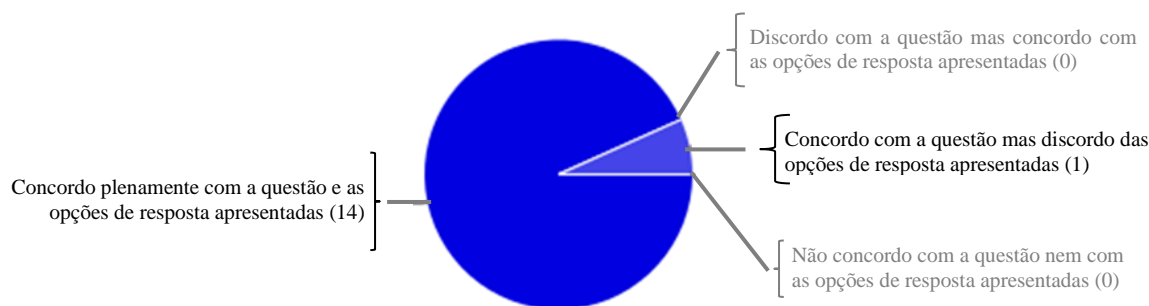


Gráfico nº 16. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 17.

Opinião do perito		Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
17. No âmbito: - da providência de cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto, <i>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?</i>		14 (93,34%)	1 (6,66%)	0	0	Sem comentários
Critérios de Consenso	Inclusão	X				
	Exclusão					
	P/revisão					

Quadro nº 21. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 17 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico nº 21 e do Quadro nº 16, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 17, revela que 14 (93,34%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas e que 1 (6,66%) perito concorda com a questão mas discorda das opções de resposta apresentadas, porém não foram efetuados comentários o que faz desconhecer a razão pela discórdia do perito face às opções de resposta.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a inclusão da questão nº 17.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 16 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

16. No âmbito da PROVIDÊNCIA dos CUIDADOS à MULHER com: patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o Trabalho de Parto, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à Mulher em trabalho de parto
- Intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto
- Retenção da placenta
- Complicações da gravidez e do parto

- Transferência e cuidados à parturiente durante o transporte
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

IV PUERPÉRIO

(Questões: nº 18, nº 19 e nº 20)

➤ **A questão nº 18.** No âmbito: da promoção da Saúde da Mulher e do recém-nascido no período pós-natal, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da Puérpera e do Recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida
- Crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no Recém-nascido
- Sexualidade e contraceção no período pós-parto
- Promoção, protecção e apoio no período pós-parto
- Adaptação (materna/recém-nascido) no pós-parto
- Saúde mental na vivência do puerpério
- Parentalidade responsável
- Outro: _____.

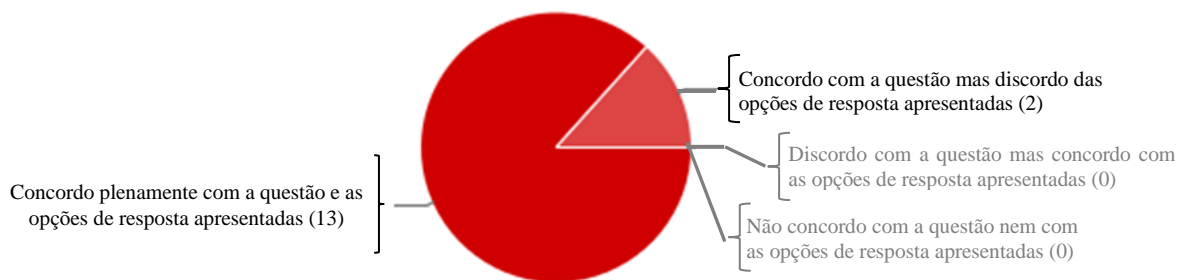


Gráfico n° 17. Opinião do Painel de Peritos face à questão n° 18.

Opinião do perito	Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
18. No âmbito: - do diagnóstico precoce; - da prevenção de complicações na Saúde da Mulher e na Saúde do Recém-nascido, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?	13 (86,68%)	2 (13,32%)	0	0	Sem comentários
Critérios de Consenso	Inclusão	X			
	Exclusão				
	P/revisão				

Quadro nº22. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 18 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico nº 17 e do Quadro nº 22, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 18, divulga que 13 (86,68%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas e que 2 (13,32%) peritos concordam com a questão mas discordam com as opções de resposta apresentadas. Não são descritos comentários. Estes eram necessários para um entendimento do parecer dos peritos que discordam com as opções de resposta apresentadas e poder proceder a alterações nas opções de resposta.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a inclusão da questão nº 18.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 17 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

17. No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER e do RECÉM-NASCIDO durante o período pós-natal, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

- Recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida
- Crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido
- Sexualidade e contraceção no período pós-parto

- Promoção, protecção e apoio no período pós-parto
- Adaptação (materna/recém-nascido) no pós-parto
- Saúde mental na vivência do puerpério
- Parentalidade responsável
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

➤ **A questão nº 19.** No âmbito: do diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a Saúde da Mulher e Recém-nascido durante o período pós-natal, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Puerpério
- Cuidados maternos ao Recém-nascido
- Processos de transição e adaptação à parentalidade
- Identificação e monitorização do estado de Saúde da Puérpera e do Recém-nascido
- Factores potenciadores da Saúde da Mulher após o parto
- Outro: _____.



Gráfico n.º 18. Opinião do Painel de Peritos face à questão n.º 19.

Opinião do perito	Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
19. No âmbito: - do diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a Saúde da Mulher e Recém-nascido durante o período pós-natal, <i>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?</i>	15 (100,00%)	0	0	0	Sem comentários
Critérios de Consenso	Inclusão	X			
	Exclusão				
	P/revisão				

Quadro nº 23. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 19 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico nº 18 e do Quadro nº 23, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 19, revelam que 15 (100,00%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a inclusão da questão nº 19.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 18 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

18. No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE e PREVENÇÃO de COMPLICAÇÕES para a SAÚDE da MULHER e RECÉM-NASCIDO durante o período pós-natal, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Puerpério
- Cuidados maternos ao Recém-nascido
- Processos de transição e adaptação à parentalidade
- Identificação e monitorização do estado de Saúde da Puérpera e do Recém-nascido
- Factores potenciadores da Saúde da Mulher após o parto
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

➤ **A questão nº 20.** No âmbito: da prevenção, perante situações que possam afetar negativamente a Saúde da Mulher e do Recém-nascido no período pós-natal, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Medidas de suporte, emocional e psicológico, dirigidas à Puérpera/conviventes significativos
- Intervenções de recuperação pós-parto
- Medidas correctivas ao processo de aleitamento materno
- Intervenções à Puérpera com patologia associada e/ou concomitante
- Intervenções de apoio à mulher/conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neo-natal
- Decisão de transferir, assegurar a transferência e cuidados `Puérpera e ao Recém-nascido durante o transporte
- Outro: _____.

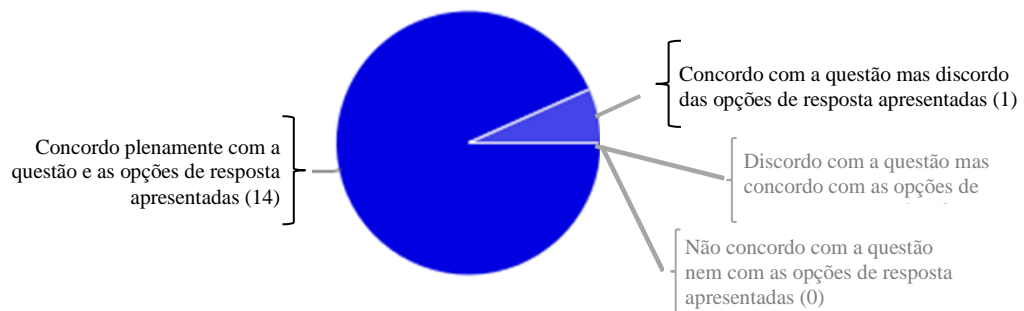


Gráfico nº 19. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 20.

Opinião do perito		Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
20. No âmbito: - da prevenção, perante situações que possam afetar negativamente a Saúde da Mulher e do Recém-nascido no período pós-natal, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?		14 (93,34%)	1 (6,66%)	0	0	Sem comentários
Critérios de Consenso	Inclusão					
	Exclusão					
	P/revisão	X				

Quadro nº 24. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 20 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico nº 19 e do Quadro nº 24, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 20, informa que 14 (93,34%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas e que 1 (6,66%) perito também concorda com a questão mas que discorda das opções de resposta apresentadas, contudo não traça nenhum comentário que elucide a sua discordância.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão nº 20.

Nesta questão considerou-se proceder à alteração das opções de resposta por se entender que a sua modificação gráfica beneficiaria o sujeito respondente na identificação dos indicadores que se pretendem ter em análise. Assim na opção de resposta “*Medidas de suporte, emocional e psicológico, dirigidas à Puérpera/conviventes significativos*” modificou-se para “*Suporte, emocional e psicológico, dirigidas à Puérpera/conviventes significativos*”, na opção de resposta “*Medidas corretivas ao processo de aleitamento materno*” alterou-se para “*Alimentação do recém-nascido*”, na opção de resposta “*Alimentação do recém-nascido*” reformulou-se para “*Comunicação (relação terapêutica) com a puérpera com patologia associada e ou concomitante*”, na opção de resposta “*Intervenções de apoio à mulher/conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neo-natal*” alterou-se para “*Medidas de apoio à mulher/companheiro/conviventes significativos em situação de luto (morte fetal)*” na opção de resposta “*Decisão de transferir, assegurar a transferência e cuidados à Puérpera e ao Recém-*

nascido durante o transporte” mudou-se para “Transferência. Cuidados à puérpera/recém-nascido durante o transporte”.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 19 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

19. No âmbito: da PREVENÇÃO de SITUAÇÕES NEFASTAS para a SAÚDE da MULHER e do RECÉM-NASCIDO no período pós-natal, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Suporte, emocional e psicológico, dirigidas à Puérpera/conviventes significativos
- Intervenções de recuperação pós-parto
- Alimentação do Recém-nascido
- Comunicação (relação terapêutica) com a puérpera com patologia associada e/ou concomitante
- Medidas de apoio à mulher/companheiro /conviventes significativos em situação de luto (morte fetal)
- Transferência. Cuidados à puérpera/recém-nascido durante o transporte
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

V CLIMATÉRIO

(Questões: nº 21, nº 22 e nº 23)

➤ **A questão nº 21.** No âmbito: da promoção da Saúde da Mulher e apoio no processo de transição para a menopausa, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Rastreios e promoção da saúde durante o climatério
- Promoção da saúde mental na vivência da menopausa
- Mulher com alterações associadas ao climatério
- Recursos disponíveis, para promoção da decisão esclarecida
- Outro: _____.

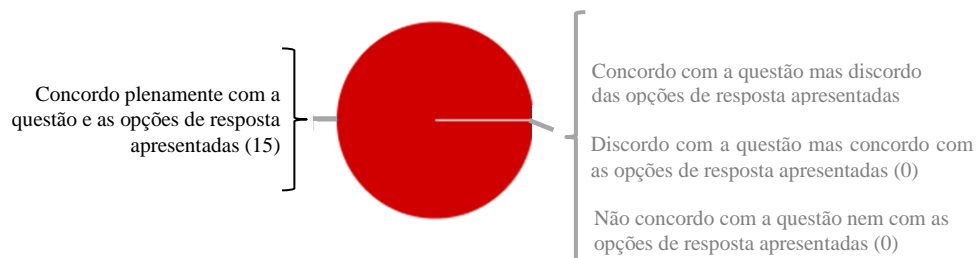


Gráfico n° 20. Opinião do Paineil de Peritos face à questão n° 21.

Opinião do perito	Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
21. No âmbito: - da promoção da Saúde da Mulher e apoio no processo de transição para a menopausa, <i>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?</i>	15 (100,00%)	0	0	0	Sem comentários
Critérios de Consenso	Inclusão				
	Exclusão				
	P/revisão	X			

Quadro n° 25. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 21 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico n° 20 e do Quadro n° 25, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 21, informam que 15 (100,00%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão n° 21.

Embora a questão e as suas opções de resposta tenham sido plenamente concordadas pelos peritos e que não foram manifestados comentários, considerou-se que, tendo em conta a finalidade pretendida “...*sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em, ...*” na opção de resposta “*Mulher com alterações associadas ao climatério*” a mesma, melhorava na identificação dos indicadores que se pretendem estar em análise, se fosse modificada para “*Alterações (físicas/psíquicas) associadas ao climatério*” e que a opção apresentada “*Recursos disponíveis, para promoção da decisão esclarecida*” não se encontra esclarecedora e que devia ser substituída pela expressão “*Contraceção na pré-menopausa*”.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 21 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

20. No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER e apoio na transição para a MENOPAUSA, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

- Rastreios e promoção da saúde durante o climatério
- Contraceção na pré-menopausa
- Promoção da saúde mental na vivência da menopausa
- Alterações (físicas e psíquicas) associadas ao climatério
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

➤ **A questão n.º 22.** No âmbito: do diagnóstico precoce e da prevenção de complicações para a Saúde da Mulher durante o climatério, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

- Proteção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério
- Doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica
- Alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério
- Outro: _____.

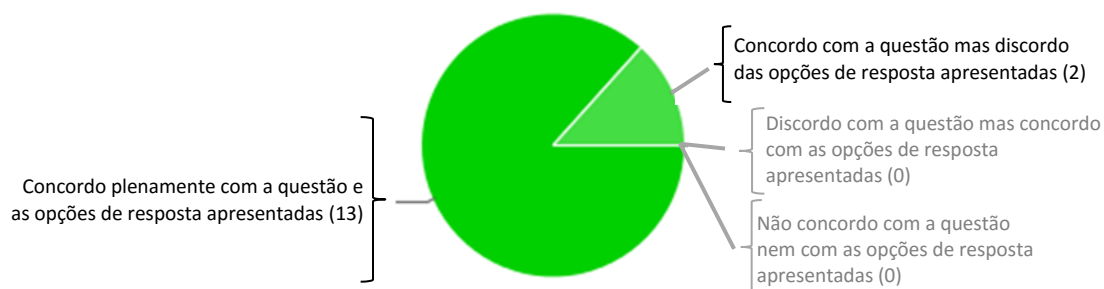


Gráfico nº 21. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 22.

Opinião do perito	Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
22. No âmbito: - do diagnóstico precoce e da prevenção de	13 (86,68%)	2 (13,32%)	0	0	• "Opção sobre a contraceção na pré-menopausa,

complicações para a Saúde da Mulher durante o climatério, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?						TSH."
Critérios de Consenso	Inclusão					
	Exclusão					
	P/revisão	X				

Quadro nº 26. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 22 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico nº 21 e do Quadro nº 26, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 22, transmitem que 13 (86,68%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas, mas que 2 (13,32%) peritos apesar de concordarem com a questão discordam das opções de resposta, apresentando o comentário “*Opção sobre a contraceção na pré-menopausa, TSH*”. Importa referir que TSH é a sigla, na língua inglesa, de *Thyroid-Stimulating Hormone*, que em português, embora referenciada pelos profissionais de saúde pela sigla inglesa, refere-se à Hormona Estimulante da Tiróide. Sabe-se que esta hormona pode alcançar valores baixos na fase pré-menopausa, pelo que a mulher, neste estágio do climatério, pode ser aconselhada pelo seu médico assistente a fazer um tratamento hormonal de substituição. Este comentário revela-se importante dado o conhecimento que os profissionais de enfermagem devem possuir sobre a TSH, suas ações e formas farmacêuticas de substituição.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão nº 22.

Deste modo, entende-se que o comentário efetuado pelos peritos refere-se a que das opções de resposta apresentadas se deveria incluir uma sobre a contraceção na mulher quando no pré- menopausa, nomeadamente: “*Contraceção na pré-menopausa*”. Entende-se também que esta expressão já engloba a TSH, pois a contraceção na pré-menopausa já inclui esta hormona. Sendo a questão nº 22 “*No âmbito: - do diagnóstico precoce e da prevenção de complicações para a Saúde da Mulher durante o climatério*” e a questão nº 23 “*No âmbito: - dos cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa*”, considerou-se juntar estas duas questões e torná-las em uma só questão, a apresentar no questionário da 2ª RONDA. Assim, percebe-se o sentido de primeiro apresentar os resultados dos peritos à questão nº 23 e depois proceder á explicitação das modificações introduzidas a apresentar no questionário da 2ª RONDA.

- **A questão nº 23.** No âmbito: dos cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

- Disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos
- Patologia associada e ou concomitante ao climatério
- Medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério
- Outro: _____.

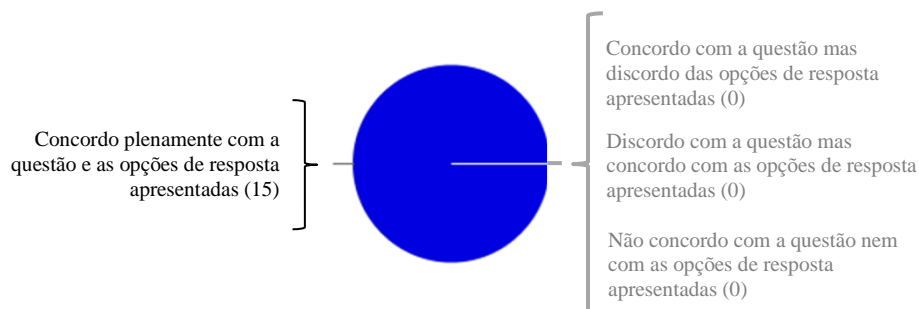


Gráfico n° 22. Opinião do Painel de Peritos face à questão n° 23.

Opinião do perito		Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
23. No âmbito: - dos cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?		15 (100,00%)	0	0	0	Sem comentários
Critérios de Consenso	Inclusão					
	Exclusão					
	P/revisão	X				

Quadro n° 27. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 23 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico n° 22 e do Quadro n° 27, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 23, notificam que 15 (100,00%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão n° 21.

A rectificação, porque tendo em conta a leitura e análise dos Gráficos n° 24 e n° 25 e dos Quadros n° 19 e n° 20, referentes ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face às questões n° 22 e n° 23, considerou-se que estas deveriam unir-se numa só questão, com um novo desenho no questionário a apresentar na 2ª RONDA.

Assim, procedeu-se à união dos títulos das questões (questão nº 22 “*No âmbito: do diagnóstico precoce e da prevenção de complicações para a Saúde da Mulher durante o climatério*” e questão nº 23. “*No âmbito: dos cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa*”) alterando para “No âmbito DIAGNÓSTICO PRECOCE, da PREVENÇÃO de COMPLICAÇÕES para a SAÚDE e dos CUIDADOS à MULHER durante o CLIMATÉRIO/MENOPAUSA”, esta alteração tem sentido, porque as fases do Climatério e da Menopausa sobrepõem-se, nomeadamente a Menopausa ocorre durante o Climatério. Segundo Furtado (2011: 2) “*Menopausa é o termo usado para designar o momento da última menstruação, após um ano de ausência do período menstrual. Trata-se da expressão clínica mais objectiva resultante da falência da atividade endócrina dos ovários, sobretudo da sua incapacidade na produção de estrogénios*” e para o mesmo autor “*O Climatério é o período da vida biológica da mulher que marca a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, e no qual ocorre o declínio progressivo da função ovárica. O Climatério engloba os períodos da pré-menopausa (início do declínio da função ovárica até à menopausa), da peri-menopausa (engloba a pré-menopausa até um ano após a última menstruação) e da pós-menopausa (período que começa com a última menstruação)*”.

Quanto às opções de resposta da questão nº 22, “*Proteção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério*”; “*Doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica*” e a opção de resposta da questão nº 23 “*Patologia associada e ou concomitante ao climatério*” modificou-se para uma só opção de resposta, nomeadamente para “*Patologias associadas ao climatério/menopausa (decrécimo da função ovárica)*”, nas opções de resposta da questão nº 22 “*Alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério*” e as opções de resposta da questão nº 23 “*Disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos*” e “*Medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério*”, alterou-se para as opções de resposta: “*Medidas preventivas das alterações adstritas ao climatério/menopausa (psicológicas, emocionais e sexuais*” e “*Disfunções sexuais (na mulher e companheiro) decorrentes da menopausa*”, como o Quadro nº 20 pretende representar de forma sistematizada.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 22 e a questão nº 23 passam a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

21. No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER e apoio na transição para a MENOPAUSA, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

- **Patologias associadas ao climatério/menopausa (decrécimo da função ovárica)**

- Medidas preventivas das alterações adstritas ao climatério/menopausa (psicológicas, emocionais e sexuais)
- Disfunções sexuais (na mulher e companheiro) decorrentes da menopausa
- Medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher em menopausa
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____

1ª RONDA		2ª RONDA
Questão nº 22	Questão nº 23	Questão nº 21
<i>Título</i>	<i>Título</i>	<i>Título</i>
No âmbito: - do diagnóstico precoce e da prevenção de complicações para a Saúde da Mulher durante o climatério, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:	No âmbito: - dos cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:	No âmbito DIAGNÓSTICO PRECOCE, da PREVENÇÃO de COMPLICAÇÕES para a SAÚDE e dos CUIDADOS à MULHER durante o CLIMATÉRIO / MENOPAUSA, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:
<i>Opções de resposta:</i>	<i>Opções de resposta:</i>	<i>Opções de resposta:</i>
Proteção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério; Doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica.	Patologia associada e ou concomitante ao climatério.	Patologias associadas ao climatério/menopausa (decréscimo da função ovárica).
<i>Opções de resposta:</i>	<i>Opções de resposta:</i>	<i>Opções de resposta:</i>
Alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério.	Disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos; Medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério.	Medidas preventivas das alterações adstritas ao climatério/menopausa (psicológicas, emocionais e sexuais); Disfunções sexuais (na mulher e companheiro) decorrentes da menopausa; Medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher em menopausa.

Quadro nº 28. Sistematização das alterações efetuadas nas questões nº 22 e nº 23 do questionário da 1ª RONDA para a questão nº 21 a propor no questionário da 2ª RONDA.

VI GINECOLOGIA

(Questões: nº 24, nº 25 e nº 26)

➤ **A questão nº 24.** No âmbito: da promoção da Saúde ginecológica da Mulher, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

- Saúde ginecológica

- Recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica que promovem a decisão esclarecida
- Outro: _____

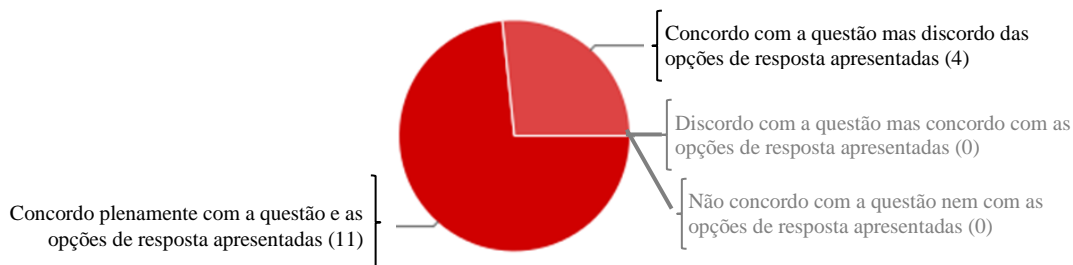


Gráfico n.º 23. Opinião do Painel de Peritos face à questão n.º 24.

Opinião do perito		Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
24. No âmbito: - da promoção da Saúde ginecológica da Mulher, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?		11 (73,36%)	4 (26,64%)	0	0	“Opções demasiado gerais”
Critérios de Consenso	Inclusão					
	Exclusão					
P/revisão		X				

Quadro n.º 29. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n.º 24 do questionário da 1ª RONDA do Painel.

A leitura e análise do Gráfico n.º 23 e do Quadro n.º 29, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n.º 24, dão a informação de que 11 (73,36%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas e que 4 (26,64%) peritos concordam também com a questão mas discordam com as opções de resposta apresentadas. Destes um perito realizou o comentário, “Opções demasiados gerais”.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão n.º 24.

Tendo presente o comentário efetuado e concordando com o seu conteúdo, procedeu-se a especificação das opções de resposta tendo em conta as temáticas apresentadas. Assim, na opção de resposta “Saúde ginecológica”, ponderando que a finalidade deve estar na prevenção da doença, decorre que para se ter uma postura de previdência tem-se que ser sabedor das patologias

que podem aflorar, pelo que se substituiu esta opção de resposta pelas opções de resposta “*Patologias do foro ginecológico*”, “*Medidas preventivas das alterações adstritas à patologia ginecológica*”, “*Disfunções sexuais (na mulher e companheiro) decorrentes das patologias do foro ginecológico*” e “*Medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher com patologia ginecológica*”. A opção de resposta “*Recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica que promovem a decisão esclarecida*” foi retirada porque se considerou que acabava por estar inserida nos saberes de cada temática exposta em cada opção de resposta.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 24 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

22. No âmbito da PROMOÇÃO de SAÚDE GINECOLÓGICA da MULHER, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

- Patologias do foro ginecológico
- Medidas preventivas das alterações adstritas à patologia ginecológica
- Disfunções sexuais (na mulher e companheiro) decorrentes das patologias do foro ginecológico
- Medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher com patologia ginecológica
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

➤ **A questão nº 25** No âmbito: do diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com afeções do aparelho geniturinário e/ou mama, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

- Aparelho geniturinário
- Risco da mulher para afeções do aparelho geniturinário
- Intervenções à mulher com afeções do aparelho geniturinário, incluindo os conviventes significativos
- Anatomia e morfologia da mama
- Risco da mulher para afeções da mama
- Intervenções à mulher com afeções da mama, incluindo os conviventes significativos
- Outro: _____.

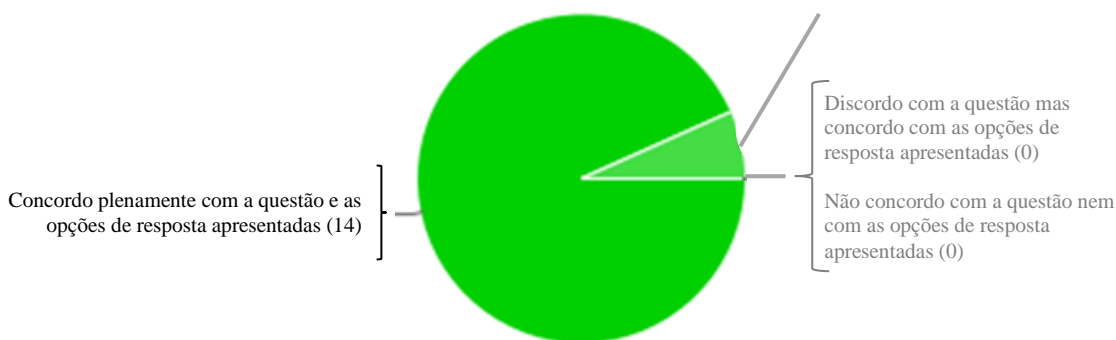


Gráfico n° 24. Opinião do Paineil de Peritos face à questão n° 25.

Opinião do perito	Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
25. No âmbito: - do diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com afeções do aparelho geniturinário e/ou mama, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?	14 (93,34%)	1 (6,66%)	0	0	Sem comentários
Critérios de Consenso	Inclusão				
	Exclusão				
	P/revisão	X			

Quadro n° 30. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 25 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico n° 24 e do Quadro n° 30, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 25, forneceram a informação de que 14 (93,34%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta e que 1 (6,66%) perito, apesar de também concordar com a questão, discorda das opções de resposta apresentadas. Não são apresentados comentários o que impossibilita realizar uma revisão das opções de resposta à luz da opinião deste perito.

Uma observação acurada da questão no seu global, revelou-nos que esta questão poderia levar o sujeito respondente a ter dificuldades na sinalização das opções pois estavam duas temáticas abordadas em conjunto, o aparelho geniturinário e a mama.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão nº 25.

Deste modo, considerou-se que as temáticas apresentadas nas opções de resposta que se referem ao aparelho geniturinário ficam numa questão e as temáticas que se referem à mama ficam noutra.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 25, no que se refere ao aparelho geniturinário, passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

23. No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE e PREVENÇÃO de complicações relacionadas com AFEÇÕES do APARELHO GENITURINÁRIO, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Aparelho geniturinário
- Risco da mulher para afeções do aparelho geniturinário
- Intervenções à mulher com afeções do aparelho geniturinário, incluindo companheiro/conviventes significativos)
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão n.º 25, no que se refere a afeções da mama, passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

24. No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE e PREVENÇÃO de complicações relacionadas com AFEÇÕES da MAMA, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Anatomia e morfologia da mama
- Risco da mulher com afeções da mama
- Intervenções à mulher com afeções da mama (incluindo companheiro/conviventes significativos)
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

➤ **A questão n.º 26.** No âmbito: - de providenciar cuidados à mulher com afeções do aparelho geniturinário e/ou mama e facilitar a sua adaptação à nova situação, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Afeções do aparelho geniturinário
- Tratamento das afeções do aparelho geniturinário
- Medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afeções do aparelho geniturinário, incluindo os conviventes significativos
- Mulher com complicações pós-cirúrgicas de afeções do aparelho geniturinário
- Afeções da mama
- Tratamento das afeções da mama
- Medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afeções da mama, incluindo os conviventes significativos
- Mulher com complicações pós-cirúrgicas de afeções da mama
- Outro: _____.

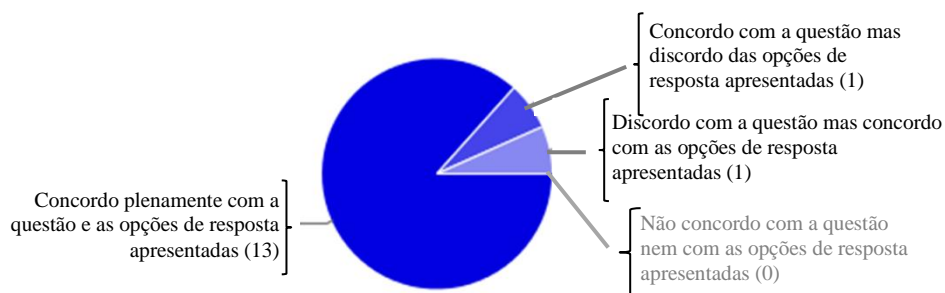


Gráfico n.º 25. Opinião do Painel de Peritos face à questão n.º 26.

Opinião do perito		Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
26. No âmbito: - de providenciar cuidados à mulher com afecções do aparelho geniturinário e/ou mama e facilitar a sua adaptação à nova situação, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?		13 (86,68%)	1 (6,66%)	1 (6,66%)	0	Sem comentários
Critérios de Consenso	Inclusão					
	Exclusão					
	P/revisão	X				

Quadro nº 31. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 26 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico nº 25 e do Quadro nº 31, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 26, informam que 13 (86,68%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta, que 1 (6,66%) perito está também em concordância com a questão mas que discorda das opções de resposta apresentadas e que 1 (6,66%) perito está em discordância com a questão mas que concorda com as opções de resposta apresentadas. Não são apresentados comentários, o que possibilitaria perceber as respostas dos peritos que apresentam resposta de discordância.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão nº 26.

Nesta questão, continua a colocar-se a mesma situação que se colocou na questão nº 25, designadamente a questão tem dois temas e as temáticas integradas nas opções de resposta estão juntas pelo que se teve a mesma solução de apresentar duas questões, uma para as afecções do aparelho geniturinário e outra para as afecções da mama. Assim, a questão nº 26 passa a ter, no questionário a propor na 2ª RONDA a seguinte nomenclatura e apresentação:

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 26, no que se refere ao aparelho geniturinário passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

25. No âmbito de PROVIDENCIAR CUIDADOS à MULHER com AFEÇÕES do APARELHO GENITURINÁRIO e facilitar a sua adaptação à nova situação, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Afecções do aparelho geniturinário
- Tratamento das afecções do aparelho geniturinário (incluindo as complicações pós-cirúrgicas)
- Medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com afecção geniturinária (incluindo convivente/s significativos)
- Complicações pós-cirurgia
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 26, no que se refere a afecções da mama, passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

26. No âmbito de PROVIDENCIAR CUIDADOS à MULHER com AFEÇÕES da MAMA e facilitar a sua adaptação à nova situação, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Afecções da mama
- Tratamento das afecções da mama
- Medidas de suporte emocional e psicológico à mulher em tratamento de afecção da mama (incluindo os conviventes significativos)
- Complicações pós-cirurgia de afecções da mama
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

VII COMUNIDADE

(Questões: nº 27, nº 28 e nº 29)

➤ **A questão nº 27.** No âmbito: da promoção da Saúde da Mulher, enquanto entidade individual ou grupo alvo, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Infra-estruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso
- Recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte

- Problemáticas de violência que assistem a Mulher no seu ciclo vital (violência doméstica, violência no namoro, abuso sexual, bullying...)
- Direitos sexuais e reprodutivos da mulher
- Diagnóstico e monitorização do estado de saúde das mulheres em idade fértil
- Cuidados de enfermagem relacionados com a saúde sexual e reprodutiva
- Causas directas e indirectas da morbi-mortalidade materna e neo-natal utilizando o conhecimento epidemiológico
- Estratégia para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento;
- Estratégia de ‘empowerment’ para mulheres em idade fértil
- Legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade;
- Políticas públicas de Saúde da Mulher
- Saúde da Mulher em situação de exclusão social
- Humanização, como princípio norteador do cuidado prestado à mulher
- Qualidade de vida associada à Saúde da Mulher
- Perspectiva masculina da Saúde da Mulher
- Outro: _____.

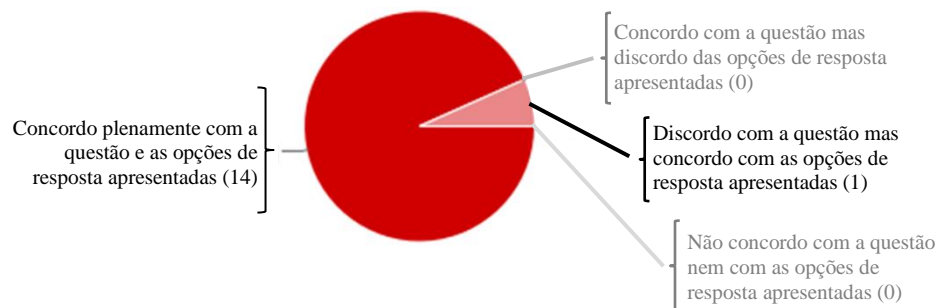


Gráfico n° 26. Opinião do Painel de Peritos face à questão n° 27.

Opinião do perito	Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
27. No âmbito: - da promoção da Saúde da Mulher, enquanto entidade individual ou grupo alvo, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?	14 (93,34%)	0	1 (6,66%)	0	Sem comentários
Critérios de Consenso	Inclusão	X			
	Exclusão				
	P/revisão				

Quadro nº 32. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 27 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico nº 27 e do Quadro nº 32, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 27, revelam que 14 (93,34%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas e que 1 (6,66%) perito discorda com a questão mas concorda com as opções de resposta apresentadas, porém não enuncia nenhum comentário o que impede que se tenha contributos para reflectir sobre a frase da questão.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a inclusão da questão nº 27.

Foram apenas feitas algumas alterações que tem a ver com a apresentação gráfica das opções de resposta, Estas visam o seu melhor entendimento pelo Enfermeiro respondente

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 27 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

27. No âmbito de PROMOÇÃO DE SAÚDE da MULHER (como pessoa individual ou em grupo alvo), sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

- Infra-estruturas de saúde da comunidade (incluindo as condições de acesso)
- Recursos, disponíveis na comunidade, para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte
- Problemáticas de violência que assistem a Mulher no seu ciclo vital (violência doméstica, violência no namoro, abuso sexual, bullying...)
- Direitos sexuais e reprodutivos

- Diagnóstico e monitorização do estado de saúde das mulheres em idade fértil
- Cuidados de enfermagem relacionados com a saúde sexual e reprodutiva
- Causas directas e indirectas da morbi-mortalidade materna e neo-natal utilizando o conhecimento epidemiológico
- Estratégia para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento
- Estratégias de empoderamento (para mulheres em idade fértil)
- Legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade
- Políticas públicas de Saúde (específicas da mulher)
- Saúde da Mulher em situação de exclusão social
- Humanização, como princípio norteador do cuidado prestado à mulher
- Qualidade de vida associada à Saúde da Mulher
- Perspectiva masculina da Saúde da Mulher
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

➤ **A questão nº 28.** No âmbito: do diagnóstico precoce e intervenção na Mulher, enquanto elemento do grupo alvo, no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Saúde sexual e reprodutiva
- Práticas de saúde, tradicionais e contemporâneas, tendo em conta a identificação dos seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil
- Benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis
- Condições apropriadas à prática Clínica
- Programa Nacional de Vacinação/Serviços de Imunização
- Mutilação Genital Feminina (no sentido da sua capacitação na identificação de situações e prevenção da sua prática nas novas gerações)
- Outro: _____.

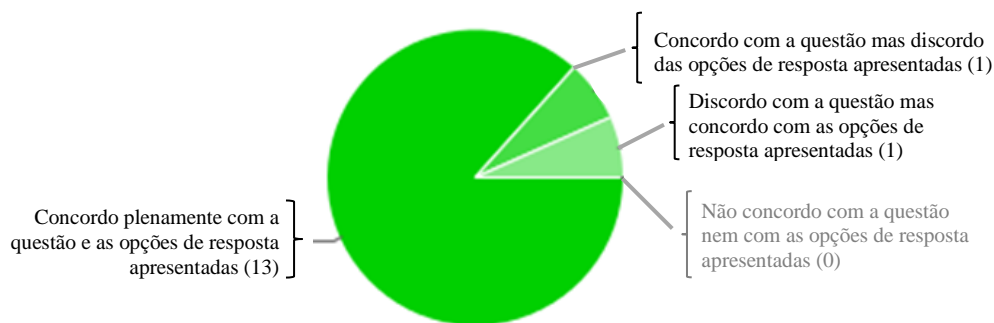


Gráfico n° 27. Opinião do Painel de Peritos face à questão n° 28.

Opinião do perito	Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
28. No âmbito: - do diagnóstico precoce e intervenção na Mulher, enquanto elemento do grupo alvo, no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?	13 (86,68%)	1 (6,66%)	1 (6,66%)	0	Sem comentários
Critérios de Consenso	Inclusão	X			
	Exclusão				
	P/revisão				

Quadro n° 33. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 28 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico n° 27 e do Quadro n° 33, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 28, expõe que 13 (86,68%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas, que 1 (6,66%) perito concorda com a questão mas discorda das opções de resposta apresentadas e que 1 (6,66%) perito discorda com a questão mas concorda com as opções de resposta apresentadas. Este cenário de discordância com a questão ou com as opções de resposta não é enunciado em nenhum comentário pelo que não se entende as discordâncias assinaladas.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a inclusão da questão n° 28.

Em algumas opções de resposta fizeram-se algumas alterações que tem a ver com a apresentação gráfica das opções de resposta, estas visam o seu melhor entendimento pelo Enfermeiro respondente.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 28 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

28. No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE e INTERVENÇÃO na MULHER, enquanto elemento do grupo alvo, no sentido de PREVENIR COMPLICAÇÕES na área da SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Saúde sexual e reprodutiva
- Práticas de saúde, tradicionais e contemporâneas, tendo em conta a identificação dos seus riscos e benefícios para a saúde da mulher
- Benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis
- Condições apropriadas à prática clínica
- Programa Nacional de Vacinação/Serviços de Imunização
- Mutilação Genital Feminina (no sentido da sua capacitação das pessoas, visando identificação e prevenção desta prática nas novas gerações)
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

➤ **A questão nº 29.** No âmbito: -da intervenção na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Causas directas e indirectas de morbi-mortalidade materno-fetal
- Qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva
- Outro: _____.

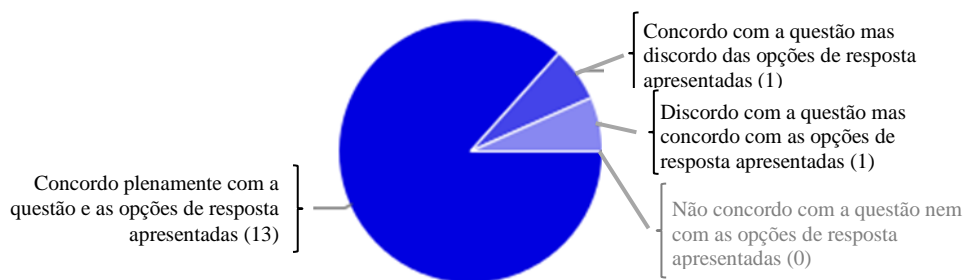


Gráfico n° 28. Opinião do Painei de Peritos face à questão n° 29.

Opinião do perito		Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
29. No âmbito: - da intervenção na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal, <i>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?</i>		13 (86,68%)	1 (6,66%)	1 (6,66%)	0	Sem comentários
Critérios de Consenso	Inclusão	X				
	Exclusão					
	P/revisão					

Quadro n° 34. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 29 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico n° 28 e do Quadro n° 34, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 29, mostra que 13 (86,68%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas, que 1 (6,66%) perito também concorda com a questão mas discorda das opções de resposta apresentadas e que 1 (6,66%) perito discorda com a questão mas concorda com as opções de resposta apresentadas. As opiniões de discordância não são acompanhadas por nenhum comentário pelo que não consegue entender as opiniões de discordância dos peritos

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a inclusão da questão n° 29.

Apesar de a questão ser incluída considera-se que a temática da opção de resposta “Qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva” está desfocada da finalidade da questão pelo que se altera para duas opções, nomeadamente “Intervenções no

campo de ação da saúde sexual e reprodutiva” e “Intervenções no campo de ação da saúde do neonato”.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 29 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

29. No âmbito: da intervenção na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Causas diretas e indirectas de morbi-mortalidade materno-fetal
- Intervenções no campo de ação da saúde sexual e reprodutiva
- Intervenções no campo de ação da saúde do neonato
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

VIII. TEMÁTICAS TRANSVERSAIS

(Questão nº 30)

A questão nº 30. De entre as temáticas transversais apresentadas, assinale a/s em que gostaria de participar/aprofundar saberes, num Curso de Formação Contínua:

- Comunicação Terapêutica
- Direito em Enfermagem
- Ética e Deontologia
- Gestão de Cuidados
- Investigação (baseada na evidência científica)
- Psicologia
- Relação de ajuda
- Sócio-antropologia
- Outro: _____.

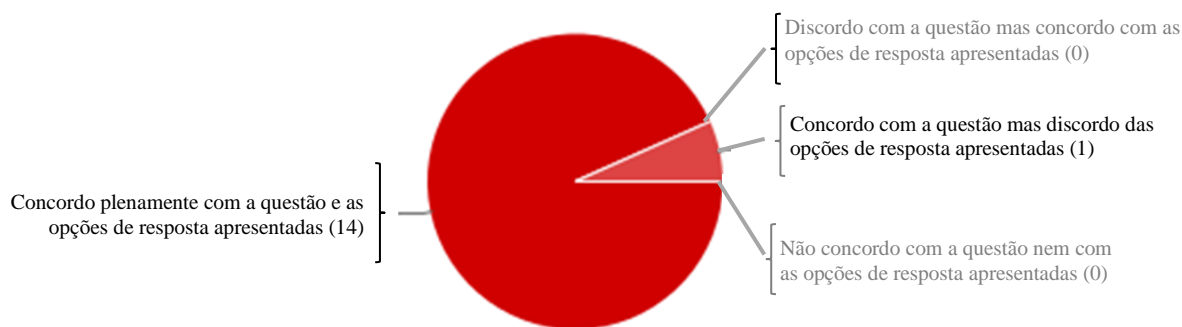


Gráfico n.º 29. Opinião do Painel de Peritos face à questão n.º 30.

Opinião do perito		Concordo plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas	Concordo com a questão mas discordo com as opções de resposta apresentadas	Discordo com a questão mas concordo com as opções de resposta apresentadas	Não concordo com a questão nem com as opções de resposta apresentadas	Comentário/s dos Peritos
30. De entre as temáticas transversais apresentadas, assinale a/s em que gostaria de participar/aprofundar saberes, num Curso de Formação Contínua:		14 (93,34%)	1 (6,66%)	0	0	<ul style="list-style-type: none"> "Tenho reservas em considerar neste aspeto outras áreas disciplinares como a Psicologia e a Sócio-antropologia"
Critérios de Consenso	Inclusão					
	Exclusão					
	P/revisão	X				

Quadro n.º 35. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n.º 30 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico n.º 29 e do Quadro n.º 35, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n.º 30, informam que 14 (93,34%) peritos concordam plenamente com a questão e com as opções de resposta apresentadas e que 1 (6,66%) perito concorda, também, com a questão mas discorda das opções de resposta, apresentando o comentário "*Tenho reservas em considerar neste aspeto outras áreas disciplinares como a Psicologia e a Sócio-antropologia*". Com esta observação do perito fica-se a saber da sua reserva em relação às áreas disciplinares mas não nos informa do porquê deste seu sentir.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão n.º 30.

Na reflexão sobre a descrição e apresentação das opções de resposta, no propósito do comentário efetuado, identificou-se que na opção de resposta "*Comunicação Terapêutica*" se

poderia agrupar à opção de resposta “*Relação de Ajuda*”, pois entende-se que uma comunicação terapêutica ocorre através de uma relação de ajuda.

Julgou-se ainda que se o sujeito respondente quisesse dar a sua opinião quanto a outra(s) temática(s) não tinha essa oportunidade, pelo que se juntou a opção “*Para além das temáticas apresentadas considero que deveria ser integrada a temática que descrevo em 'Outro'. (Por favor, descreva a temática e refira se gostaria de aprofundar saberes)*”.

No questionário a enviar na 2ª RONDA, a questão nº 29 passa a ter a seguinte nomenclatura e apresentação:

30. De entre as temáticas transversais apresentadas, assinale a/as em que gostaria de aprofundar saberes num Curso de Formação Contínua,

- Comunicação Terapêutica/Relação de Ajuda
- Direito em Enfermagem
- Ética e Deontologia
- Gestão de Cuidados
- Investigação (baseada na evidência científica)
- Psicologia
- Sócio-antropologia
- De entre as temáticas apresentadas nenhuma me interessa
- Outro: _____.

IX. IMPORTÂNCIA DOS MOTIVOS NA FORMAÇÃO CONTÍNUA

(Questão nº 31)

- **A questão nº 31.** Assinale, como considera a importância dos motivos apresentados, visando a sua possível participação num Curso de Formação Contínua:

Motivos	Concordância		Discordo em certos aspetos		Concordo com certos aspetos	
	Totalmente em desacordo		Indeciso		Totalmente de acordo	
• Aquisição de conhecimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Interesse pessoal pelas temáticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Desenvolvimento de competências	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Reflexão sobre as problemáticas em Enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Obtenção de qualificação profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Refletir sobre os resultados científicos recentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Procura de saberes orientados para a resolução de problemáticas específicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Aquisição de conhecimentos para desempenho de funções específicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Encontro com outros pares (profissionais de enfermagem)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Partilha de conhecimentos/experiência com outros formandos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Procura de saberes orientados para a resolução de problemáticas específicas da sua prática profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Compreensão e implementação de novos saberes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Quebra de rotina e isolamento profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Procura de maior motivação/satisfação profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

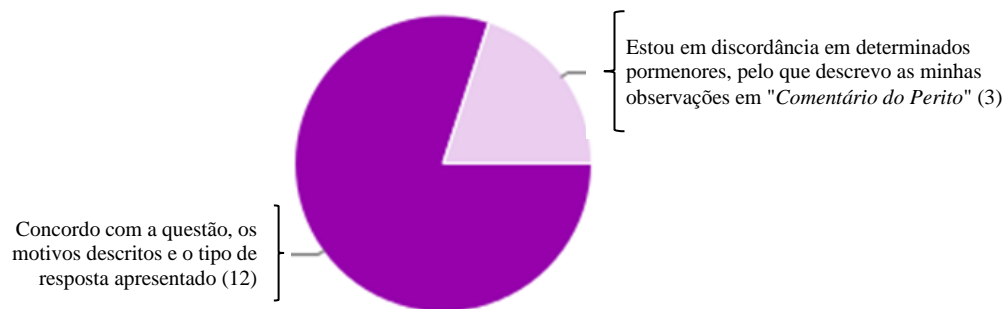


Gráfico n° 30. Opinião do Painel de Peritos face à questão n° 31.

Opinião do perito		Concordo com a questão, os motivos descritos e o tipo de resposta apresentado	Estou em discordância em determinados pormenores, pelo que descrevo as minhas observações em "COMENTÁRIO DO PERITO"	Comentário/s dos Peritos
31. Assinale, como considera a importância dos motivos apresentados, visando a sua possível participação num Curso de Formação Contínua:		12 (79,92%)	3 (20,08%)	<ul style="list-style-type: none"> • "Se é para referir a importância... a escala não devia ser de concordância. Sugiro mudar o tipo de escala." • "Não concordo que como ponto médio esteja: indeciso." • "Penso que também seria interessante perceber se outros dos motivos se prendem apenas com a valorização profissional".
Critérios de Consenso	Inclusão			
	Exclusão			
	P/revisão	X		

Quadro n° 36. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 31 do questionário da 1ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico n° 30 e do Quadro n° 36, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 31, expõem que 12 (79,92%) peritos concordam com a questão, os motivos descritos e o tipo de resposta apresentado e que 3 (20,08%) peritos estão em discordância em determinados pormenores, pelo que descreveram os seus comentários.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão n° 31.

Foram apresentados quatro comentários. A cada um deles foi efetuada uma reflexão sobre o seu conteúdo, nomeadamente no comentário "Se é para referir a importância... a escala não devia ser de concordância. Sugiro mudar o tipo de escala." Considerou-se que a escala aplicada de concordância não se adequava à questão que abordava a importância dos motivos. A decisão passou por mudar a questão e manter a escala de concordância, embora alterada à luz do comentário "Não concordo que como ponto médio esteja: indeciso.". Desta forma a questão foi

alterada para “Assinale a sua opinião de *CONCORDÂNCIA* com os *MOTIVOS* apresentados e que a/o levam a *PARTICIPAR* num Curso de Formação Contínua” e a escala em quatro posições, designadamente: “*Totalmente em desacordo*”; “*Discordo*”; “*Concordo*” e “*Totalmente de acordo*”.

Em relação aos motivos apresentados procedeu-se a algumas modificações, nomeadamente na frase “*Reflexão sobre as problemáticas em Enfermagem*” considerou-se que ficava mais correto definir o motivo com uma frase no sentido positivo e esclarecedora do âmbito social e político que se objectivava com a expressão “*problemáticas em Enfermagem*”, ficando com a seguinte frase “*Reflexão sobre a situação social e política da enfermagem actual*”.

No motivo “*Procura de saberes orientados para a resolução de problemáticas específicas*” entendeu-se que se devia especificar a área profissional que na frase estava subentendida, ficando com a seguinte apresentação “*Procura de saberes orientados para a resolução de problemáticas específicas da sua prática profissional de enfermagem*”. O mesmo se entendeu com o motivo “*Partilha de conhecimentos/experiência com outros formandos*” que se identificou que tipo de formando e ficou “*Partilha de conhecimentos/experiência com os outros Enfermeiros formandos*”.

O motivo “*Compreensão e implementação de novos saberes*”, embora não referido em comentário pelos peritos julgou-se inadequado e foi retirado.

Na expressão “*Quebra de rotina e isolamento profissional*” aborda dois motivos “*quebra de rotina*” e “*isolamento profissional*”, também não foi identificada pelos peritos mas considerou-se que devia ser alterada e foi dividida em duas frases.

Quanto ao comentário apresentado “*Penso que também seria interessante perceber se outros dos motivos se prendem apenas com a valorização profissional*”, este suscitou reflexão sobre o tipo de motivos apresentados serem voltados para a área profissional e não outras como entendemos expresso no comentário. Contudo, o estudo visa identificar as necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, logo a sua área é a da profissão de enfermagem.

Colocadas estas observações, definiu-se que a questão nº 31 deve ser incluída, no questionário da 2ª RONDA, com a mesma nomenclatura, mas com a seguinte apresentação:

31. Assinale a sua opinião de CONCORDÂNCIA com os MOTIVOS apresentados e que a/o levam a PARTICIPAR num Curso de Formação Contínua:

Motivos	Concordância			
	Totalmente em desacordo	Discordo	Concordo	Totalmente de acordo
• Aquisição de conhecimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Interesse pessoal pelas temáticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Desenvolvimento de competências	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Reflexão sobre situação social e política da enfermagem actual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Obtenção de qualificação profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Reflectir sobre os resultados científicos recentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Procura de saberes orientados para a resolução de problemáticas específicas da sua prática profissional de enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Aquisição de conhecimentos para desempenho de funções específicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Encontro com outros pares (profissionais de enfermagem)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Partilha de conhecimentos/experiência com outros Enfermeiros formandos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Compreensão e implementação de novos saberes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Quebra de rotina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Isolamento profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Procura de maior motivação/satisfação profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Gráfico nº 31. Período de tempo despendido pelo Painel de Peritos na análise do questionário proposto à 1ª RONDA.

O período de tempo em que o questionário esteve em apreciação pelos peritos do painel *WebDelphi* foi de 27 de maio a 16 de junho de 2012, como se pode comprovar pelo Gráfico nº31, que também mostra o número de respostas ocorridas diariamente neste período de tempo.

Através da análise comparativa do Gráfico nº 2 referente ao “*Tempo despendido pelos peritos na adesão ao Painel de Peritos WebDelphi*”, que foi de 17 de maio a 16 de Junho de 2012, e do Gráfico nº 31 relativo ao “*Período de tempo despendido pelo Painel de Peritos na análise do questionário proposto à 1ª RONDA*”, que foi de 27 de maio a 16 de junho de 2012, verifica-se que há uma sobreposição de 27 de maio a 16 de junho de 2012, situação que é explicada por os peritos só aderirem ao Painel na mesma altura em que deram resposta à sua análise do questionário, aquando da 1ª RONDA. Esta situação deveu-se a estes peritos terem optado por enviar correio electrónico (*e-mail*) ao investigador a referirem a sua posição de aceitação em ser peritos, em vez de procederem ao envio do Consentimento Informado enviado via Google Docs®. Observou-se que, para estes peritos, foi a primeira vez que se viram confrontados com esta forma de comunicação, pelo que, com receio de não o fazer de forma correta, optaram pelo que acreditavam ser mais seguro.

8.5.1.5. Tratamento dos dados recebidos face ao Questionário da 2ª RONDA do Painel *WebDelphi*

Tendo em conta que a 1ª Parte do questionário se refere à sua apresentação, no questionário da 2ª RONDA o texto é semelhante ao colocado no questionário da 1ª RONDA, nomeadamente:

“*Sou doutoranda em Didáctica e Organização das Instituições Educativas na Faculdade de Ciências de Educação da Universidade de Sevilha, sob a orientação do Professor Doutor Blas Bermejo Campos. Encontro-me numa das fases de recolha de dados para dar consecução à*

pesquisa que me proponho realizar, cujo tema é "SAÚDE DA MULHER: Necessidades de Formação Contínua dos Enfermeiros do Distrito de Setúbal e Proposta de um Plano Formativo". A sua colaboração (para além de preciosa e imperativa para a continuidade deste estudo) consiste no preenchimento deste questionário, cujo tempo despendido está estimado em cerca de 10 minutos. Os dados obtidos serão utilizados estritamente no âmbito desta investigação e durante a sua divulgação. O anonimato e a confidencialidade dos dados serão respeitados, sendo garantida através da ocultação do seu nome e endereço electrónico que serão substituídos por um número de código. É importante referir que é livre de abandonar a sua participação no estudo, caso sinta essa necessidade, sem que haja qualquer tipo de prejuízo para si. Fico disponível para informações ou esclarecimentos via correio electrónico: gomescosta22@gmail.com”

2ª Parte: Caracterização dos Sujeitos do estudo do questionário da 2ª RONDA

Tal como aconteceu no questionário da 1ª RONDA, a 2ª Parte do Questionário não foi objecto de apreciação dos peritos pelo que se manteve inalterável.

3ª Parte: Tratamento estatístico das Opiniões/Comentários dos peritos face ao questionário da 2ª RONDA

Esta terceira parte, á semelhança do questionário da 1ª RONDA, refere-se à identificação das necessidades de formação contínua dos sujeitos respondentes. Neste questionário da 2ª RONDA foi colocada uma Nota que esclarecia o entendimento por Curso de Formação Contínua.



Gráfico n.º 32. Opinião dos peritos quanto à inclusão da definição de Curso de Formação Contínua no questionário da 2ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico n.º 32 indicam que os 15 (100,00%) peritos concordam com a seguinte nota: “Um Curso de Formação Contínua não confere Grau Académico. É um processo de ensino/aprendizagem dinâmico que acontece após a formação inicial e que com ela se articula e complementa. Visa a aquisição/desenvolvimento de competências com base na evidência

científica e prática reflexiva no sentido da adequação da formação às exigências profissionais da atualidade.” (Malglaiive, 1995; Alarção, 1998; Perrenoud, 2002).

Questão n° 7. Das áreas apresentadas assinale a/as que mais gostava de frequentar em modo de Curso de Formação Contínua:

- Saúde Infantil e Pediátrica
- Saúde Mental e Psiquiátrica
- Saúde Comunitária
- Saúde Materna e Obstétrica
- Saúde Familiar
- Reabilitação
- Pessoa em Situação Crítica
- Saúde do Idoso e Geriatria
- Médico- Cirúrgica
- Outro: _____.



Gráfico n° 33. Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão da questão n° 7 no questionário da 2ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico n° 33 revelam que 15 (100,00%) peritos concordam com a inclusão da questão n° 7 no questionário.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a inclusão da questão n° 7.

Questão N.º	Área	Enunciado da Questão (Tema)	Opções de resposta (Temáticas)	Critérios de Consenso		
				Incluída	Excluída	Para revisão
8	PLANEAMENTO PARA A FAMÍLIA E PRÉ-CONCECIONAL	<p>No âmbito dos CONHECIMENTOS para MELHOR ASSISTIR e PROMOVER a SAÚDE da MULHER, designadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • na vivência dos processos de saúde/doença • nas problemáticas da sexualidade • no planeamento para a família no período pré-concepcional, <p>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educação sexual ▪ Saúde pré-concepcional ▪ Regulação da fecundidade e da fertilidade ▪ Planeamento familiar e pré-concepcional ▪ Promoção e decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional ▪ Métodos contraceptivos e supervisão na sua utilização ▪ Recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 	X		
9		<p>No âmbito da FORMULAÇÃO DIAGNÓSTICA PRECOCE para a PREVENÇÃO de COMPLICAÇÕES na SAÚDE da MULHER, no que se refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • à saúde sexual; • ao planeamento para a família • durante o período pré-concepcional, <p>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher ▪ Intervenções de proteção de saúde e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis ▪ Identificação de problemas relacionados com a vivência da sexualidade ▪ Identificação e monitorização do potencial de risco pré-concepcional e obstétrico ▪ Intervenções à mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo o companheiro ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 	X		
10		<p>No âmbito da PROVIDÊNCIA de CUIDADOS de SAÚDE à MULHER com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • disfunções sexuais • problemas de fertilidade • infeções sexualmente transmissíveis • mutilação genital feminina, <p>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo o seu companheiro ▪ Intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro ▪ Medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e ou com problemas de fertilidade, incluindo companheiro ▪ Identificação e orientação da mulher com mutilação genital (abrange a mulher de menina a maior tendo em conta a Rede de Referência Materno-infantil) ▪ Intervenções à mulher portadora de Infeção Sexualmente Transmissível, incluindo companheiro ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 	X		

Quadro nº 37. Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão das questões nº8, nº 9 e nº 10, referentes á área do PLANEAMENTO PARA A FAMÍLIA E PRÉ-CONCECIONAL, no questionário da 2ª RONDA.

Tendo em conta que os peritos na análise efetuada ao questionário, na 2ª RONDA, estão em concordância com a maioria das questões e das opções de resposta do questionário, considerou-se concorrente apresentar quadros síntese sobre a Opinião dos peritos quanto à

concordância da inclusão das questões no questionário, por áreas, temas, temáticas apresentadas nas opções de resposta e avaliação efetuada com a aplicação dos Critérios de Consenso definidos.

A leitura e análise do quadro n.º 37, referente à área do **PLANEAMENTO PARA A FAMÍLIA E PRÉ-CONCEPCIONAL**, revelam que tem três questões, nomeadamente a questão n.º 8 referente ao tema CONHECIMENTOS para MELHOR ASSISTIR e PROMOVER a SAÚDE da MULHER, na vivência dos processos de saúde/doença; nas problemáticas da sexualidade e no planeamento para a família no período pré-concepcional, a questão n.º 9 referente ao tema FORMULAÇÃO DIAGNÓSTICA PRECOCE para a PREVENÇÃO de COMPLICAÇÕES na SAÚDE da MULHER no que se refere à saúde sexual; ao planeamento para a família; durante o período pré-concepcional, e a questão n.º 10 relativa ao tema PROVIDÊNCIA de CUIDADOS de SAÚDE à MULHER com disfunções sexuais; problemas de fertilidade; infecções sexualmente transmissíveis e mutilação genital feminina, e as temáticas apresentadas para cada uma delas como opções de resposta foram aceites em concordância unânime pelo painel *WebDelphi* na 2ª Ronda, pelo que passam a figurar no questionário.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a inclusão das questões n.º 8, 9 e 10.

Questão N.º	Área	Enunciado da Questão (Tema)	Opções de resposta (Temáticas)	Critérios de Consenso		
				Incluída	Excluída	Para revisão
11	GRAVIDEZ	<p>No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> o período pré-natal; situação de abortamento, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em: 	<ul style="list-style-type: none"> Promoção da saúde pré-natal Diagnóstico e monitorização da gravidez Promoção da saúde mental na vivência da gravidez Preparação para o nascimento e parentalidade responsável Promoção do Plano de Nascimento (aconselhamento e apoio da mulher na sua decisão) Promoção da decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal (informação à grávida sobre os recursos disponíveis na comunidade) Promoção do aleitamento materno Decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez Sexualidade e contraceção no período pós-parto Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas Outro: 	X		
12		<p>No âmbito do DÍAGNÓSTICO PRECOCE e na PREVENÇÃO de COMPLICAÇÕES na SAÚDE da MULHER durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> o período pré-natal; situação de 	<ul style="list-style-type: none"> Risco na gravidez (sinais e sintomas) Monitorização da saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados Exames auxiliares de diagnóstico (necessários à deteção de gravidez de risco) Desvios à gravidez fisiológica Desvios ao padrão de adaptação à gravidez Avaliação e determinação da adequação da estrutura pélvica em relação ao feto Promoção da saúde da mulher visando potenciar uma gravidez saudável 	X		

		abortamento, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação e monitorização de trabalho de abortamento ▪ Complicações após aborto ▪ Promoção da saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 			
13		<p>No âmbito da PROVIDÊNCIA dos CUIDADOS à MULHER para facilitação da sua adaptação durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o período pré-natal; • situação de abortamento, <p>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez ▪ Intervenções à grávida com desvios ao padrão 'normal' de adaptação à gestação ▪ Intervenções à grávida com patologia associada ▪ Medidas de suporte básico de vida à grávida em situação crítica ▪ Transferência. Cuidados à grávida durante o seu transporte ▪ Cuidados à mulher com complicações pós-aborto ▪ Medidas de apoio à mulher/companheiro/conviventes significativos no período de luto em caso de abortamento ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Sexualidade e contraceção no período pós-aborto; ▪ Outro: 			

Quadro nº 38. Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão das questões nº 11, nº 12 e nº 13, referentes à área da GRAVIDEZ, no questionário da 2ª RONDA.

A leitura e análise do quadro nº 38 referente à área da **GRAVIDEZ** revela que tem três questões que se referem ao período pré-natal e em situação de abortamento, nomeadamente a questão nº 11 referente ao tema **PROMOÇÃO** da SAÚDE da MULHER, a questão nº 12 referente ao tema **DÍAGNÓSTICO PRECOCE** e **PREVENÇÃO** de **COMPLICAÇÕES** na SAÚDE da MULHER e a questão nº 13 referente ao tema **CUIDADOS** à MULHER para facilitação da sua adaptação a cada uma das situações, mais as temáticas apresentadas para cada uma delas, como opções de resposta, foram aceites em concordância unânime pelo painel WebDelphi na 2ª Ronda, pelo que são incluídas no questionário, excepto a questão nº 11 que se percebeu ser necessário incluir uma nova temática como opção de resposta, a saber “Conhecimentos e técnicas necessárias à abordagem básica e avançada das urgências e emergências obstétricas”. Nenhuma das temáticas inscritas no tema gravidez apelava ao suporte básico/avançado de vida da grávida, pois existem modificações fisiológicas que necessitam de considerações especiais no atendimento de uma gestante em situação de urgência pré hospitalar. O aumento do trabalho laboral da mulher, a persistência em trabalhar até ao fim da gestação e um maior uso do automóvel como meio de deslocação incrementou um aumento das taxas de traumatismos obstétricos e da morbimortalidade da mulher nos países industrializados, tendo muitas vezes, como consequência, a morte fetal. Assim, importa conhecer as modificações fisiológicas próprias da gravidez e a sua repercussão na compensação orgânica para melhor assistir e melhorar os resultados maternos e garantir a vida fetal ou um maior bem-estar fetal (Pearlman, 1997: 99: 701-705; Seda et al., 2000; Fadi et al., 2010; Paneque et al., 2012).

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a inclusão das questões nº 12 e 13 e a questão nº 11 foi reescrita com mais uma opção de resposta passando a ter a seguinte apresentação textual:

11. No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER durante o período pré-natal e/ou situação de abortamento, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

- Promoção da saúde pré-natal
- Diagnóstico e monitorização da gravidez
- Promoção da saúde mental na vivência da gravidez
- Conhecimentos e técnicas necessárias à abordagem básica e avançada das urgências e emergências obstétricas
- Preparação para o nascimento e parentalidade responsável (Parentalidade Partilhada)
- Promoção do Plano de Nascimento (aconselhamento e apoio da mulher na sua decisão)
- Promoção da decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal (informação à grávida/casal sobre os recursos disponíveis na comunidade)
- Promoção do aleitamento materno
- Decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez
- Sexualidade e contraceção no período pós-parto
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

Questão N.º	Área	Enunciado da Questão (Tema)	Opções de resposta (Temáticas)	Critérios de Consenso		
				Incluída	Excluída	Para revisão
14	PARTO	<p>No âmbito da PROVIDÊNCIA dos CUIDADOS que visam a SAÚDE da MULHER e do seu RECÉM-NASCIDO relacionados com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o diagnóstico precoce • a prevenção de complicações na Mulher, Feto e/ou Recém-nascido, <p>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrutura anatómica e fisiológica feto-pélvica ▪ Trabalho de Parto ▪ Desvios ao padrão do Trabalho de Parto e Parto Normal (eutócico) ▪ Medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina ▪ Reanimação do Recém-nascido ▪ Observação física do Recém-nascido (alterações morfológicas e/ou funcionais) ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 			X
15		<p>No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano de nascimento ▪ Ambiente seguro durante o trabalho de parto e 			X

		<p>durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Trabalho de Parto a otimização da adaptação do Recém-nascido à vida extra-uterina, <p>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:</p>	<p>parto</p> <ul style="list-style-type: none"> Prevenção e controlo da dor (intervenção não farmacológica/farmacológica) Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno Promoção da vinculação da tríade Promoção do conforto e bem-estar da grávida/companheiro ou convivente significativo Promoção do conforto e bem-estar da puérpera/recém-nascido/companheiro ou convivente significativo Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas Outro: 			
16		<p>No âmbito da PROVIDÊNCIA dos CUIDADOS à MULHER com:</p> <ul style="list-style-type: none"> patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o Trabalho de Parto, <p>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente em trabalho de parto Intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o Trabalho de Parto Retenção da placenta Complicações da gravidez e do parto Transferência. Cuidados à parturiente durante o transporte Patologias mais comuns (especificidades) Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas Outro: 			X

Quadro nº 39. Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão das questões nº 14, nº 15 e nº 16, referentes à área do PARTO, no questionário da 2ª RONDA.

A leitura e análise do quadro nº 39 referente à área do **PARTO** revela que tem três questões, nomeadamente a questão nº 14 referente ao tema **PROVIDÊNCIA dos CUIDADOS que visam a SAÚDE da MULHER e do seu RECÉM-NASCIDO** relacionados com o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações na Mulher, feto e/ou Recém-nascido e a questão nº 15 referente ao tema **PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER durante o Trabalho de Parto e a otimização da adaptação do Recém-nascido à vida extra-uterina**, mais as temáticas apresentadas para cada uma delas, como opções de resposta, não foram aceites em concordância unânime pelo painel *WebDelphi* na 2ª Ronda, pelo que serão revistas tendo em conta as observações dos peritos. A questão nº 16 referente ao tema **PROVIDÊNCIA dos CUIDADOS à MULHER com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o Trabalho de Parto**, mais as temáticas apresentadas como opções de resposta, foi aceite em concordância unânime pelo painel *WebDelphi* na 2ª Ronda, pelo que passa a figurar no questionário.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se para serem revistas as questões nº 14 e 15 e a inclusão da questão nº 16.

Para a reformulação das questões nº 14 e nº 15 proceder-se-á aos mesmos passos que se efetuaram aquando da 1ª Ronda, nomeadamente apresentação do gráfico sobre a Opinião do

Painel de Peritos face à questão, apresentação do quadro de Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão, agora reformulado tendo em conta a concordância do perito face ao texto e inclusão da questão e opções de resposta no questionário e depois a apresentação da questão a figurar no questionário final. Embora os quadros referentes à **Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão das questões .º ..., referentes à área ..., no questionário**, já nos definirem o resultado da aplicação dos critérios de consenso, considerou-se que ao utilizar a mesma metodologia utilizada aquando da 1ª RONDA favorecia o entendimento do leitor.

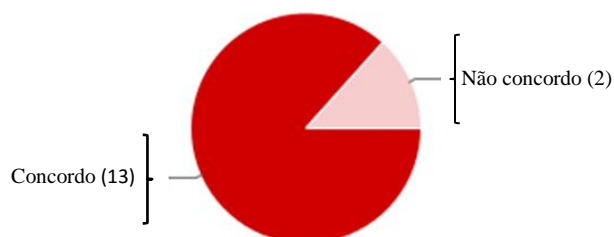


Gráfico n.º 34. Opinião do Painel de Peritos face à questão n.º 14 do Questionário da 2ª RONDA.

Opinião do perito quanto ao texto e inclusão da questão		Concordo	Não Concordo	Comentário/s dos Peritos que assinalaram “Não Concordo”
14. No âmbito da PROVIDÊNCIA dos CUIDADOS que visam a SAÚDE da MULHER e do seu RECÉM-NASCIDO relacionados com: <ul style="list-style-type: none"> • o diagnóstico precoce • a prevenção de complicações na Mulher, feto e/ou Recém-nascido, <i>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?</i> 		13 (86,68%)	2 (13,32%)	<ul style="list-style-type: none"> • "Penso que se deveria dar mais ênfase no que diz respeito à fisiologia do Trabalho de Parto" • Sem comentário
Critérios de Consenso	Inclusão			
	Exclusão			
	P/revisão	X		

Quadro n.º 40. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n.º 14 do questionário da 2ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico n.º 34 e do Quadro n.º 40, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n.º 14 do questionário da 2ª RONDA, informam que 13 (86,68%) peritos concordam plenamente com a inclusão da questão e opções de resposta apresentadas no questionário e que 2 (13,32%) peritos assinalaram que não concordam. Destes só um emitiu o comentário “*Penso que se deveria dar mais ênfase no que diz respeito à fisiologia do Trabalho de Parto*”.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão nº 14.

Na reflexão sobre a descrição e apresentação das opções de resposta, no propósito do comentário efetuado, identificou-se que na opção de resposta “*Trabalho de parto*” se poderia dar destaque à fisiologia do Trabalho de Parto, para que o sujeito respondente tenha expresso que se pretende abordar a ciência que trata das funções orgânicas do acto parir (para a mulher) e do acto nascer (para o recém-nascido). Assim, considerou-se que a opção de resposta passava a ter a seguinte expressão “*Fisiologia do Trabalho de Parto*”.

14. No âmbito da PROVIDÊNCIA dos CUIDADOS que visam a SAÚDE da MULHER e do seu RECÉM-NASCIDO relacionados com: o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações na Mulher, Feto e/ou Recém-nascido, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Estrutura anatómica e fisiológica feto-pélvica
- Fisiologia do Trabalho de Parto
- Desvios ao padrão do Trabalho de Parto e Parto Normal (eutócico)
- Medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina
- Reanimação do Recém-nascido
- Observação física do Recém-nascido (alterações morfológicas e/ou funcionais)
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.



Gráfico nº 35. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 15 do Questionário da 2ª RONDA.

Opinião do perito quanto ao texto e inclusão da questão		Concordo	Não Concordo	Comentário/s dos Peritos que assinalaram “Não Concordo”
15. No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER durante:		14 (93,34%)	1 (6,66%)	<ul style="list-style-type: none"> ● “<i>Julgo que se deve dar mais ênfase aos riscos iatrogénicos no Trabalho de Parto.</i>” ● “<i>É importante saber trabalhar a parturiente/puérpera de um prematuro.</i>”
Critérios de Consenso	Inclusão			
	Exclusão			
P/revisão		X		

Quadro nº 41. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 15 do questionário da 2ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico nº 35 e do Quadro nº 41, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 15 do questionário da 2ª RONDA, informam que 14 (93,34%) peritos concordam plenamente com a inclusão da questão e opções de resposta apresentadas no questionário (de entre estes um perito colocou o comentário “*É importante saber trabalhar a parturiente/puérpera de um prematuro.*”) e que 1 (6,66%) perito assinalou que não concordava registando o seguinte comentário: “*Julgo que se deve dar mais ênfase aos riscos iatrogénicos no Trabalho de Parto*”.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão nº 15.

Na reflexão sobre a descrição e apresentação das opções de resposta, no propósito do comentário efetuado “*É importante saber trabalhar a parturiente/puérpera de um prematuro*”, observou-se que era pertinente introduzir na opção de resposta “Promoção da vinculação da tríade” a vertente do recém-nascido normal, dito de termo e a vertente do Recém-nascido de Pré-termo, aquele que é prematuro, ficando a opção de resposta com a expressão “*Promoção da vinculação da tríade (Recém-nascido de termo e de Pré-termo)*”.

Quanto ao comentário “*Julgo que se deve dar mais ênfase aos riscos iatrogénicos no Trabalho de Parto*”, aceitou-se o comentário do perito e julgou-se concernente introduzir uma opção de resposta que abrangesse a situação da iatrogenia, pois é o termo que se utiliza para designar um ato errado de um profissional de saúde. Atos mal concebidos ou desregrados durante um Trabalho de Parto podem trazer consequências nefastas para a Mulher e/ou para o Recém-nascido, por isso importa saber quais são os atos e como evitar estas situações para promover a

Saúde da Mulher e do Recém-nascido. Assim, introduziu-se a opção de resposta “*Riscos iatrogênicos no Trabalho de Parto*”. No questionário, a questão nº 15 passa a ter a seguinte apresentação:

16. No âmbito da **PROVIDÊNCIA dos CUIDADOS à MULHER relacionada com:** patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o Trabalho de Parto, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:*

- Medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente em trabalho de parto
- Intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o Trabalho de Parto
- Retenção da placenta
- Complicações da gravidez e do parto
- Transferência.Cuidados à parturiente durante o transporte
- Patologias mais comuns (especificidades)
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.



Gráfico nº 36. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 16 do Questionário da 2ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico nº 36 revelam que 15 (100,00%) peritos concordam com a inclusão da questão nº 16 no questionário.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a inclusão da questão nº 16.

Questão Nº	Área	Enunciado da Questão (Tema)	Opções de resposta (Temáticas)	Critérios de Consenso		
				Incluída	Excluída	Para revisão
17	PUERPÉRIO	No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER e do RECÉM-NASCIDO durante o período pós-natal , sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida ▪ Crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido ▪ Sexualidade e contraceção no período pós-parto ▪ Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno ▪ Adaptação (materna/recém-nascido) no pós-parto ▪ Saúde mental na vivência do puerpério ▪ Parentalidade responsável ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 	X		
18		No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE e PREVENÇÃO de COMPLICAÇÕES para a SAÚDE da MULHER e RECÉM-NASCIDO durante o período pós-natal , sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puerpério ▪ Cuidados maternos ao recém-nascido ▪ Processo de transição e adaptação à parentalidade (Parentalidade Partilhada) ▪ Identificação e monitorização do estado de saúde da puérpera e do recém-nascido ▪ Factores potenciadores da saúde da mulher após o parto ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 	X		
19		No âmbito da PREVENÇÃO de SITUAÇÕES NEFASTAS para a SAÚDE da MULHER e do RECÉM-NASCIDO no período pós-natal , sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suporte emocional e psicológico, dirigidas à puérpera/companheiro/conviventes significativos ▪ Intervenções de recuperação pós-parto ▪ Alimentação do recém-nascido ▪ Comunicação (relação terapêutica) com a puérpera com patologia associada e ou concomitante ▪ Medidas de apoio à mulher/companheiro/conviventes significativos em situação de luto (morte fetal) ▪ Transferência. Cuidados à puérpera/recém-nascido durante o transporte ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 	X		

Quadro nº 42. Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão das questões nº 17, nº 18 e nº 19, referentes à área do PUERPÉRIO, no questionário da 2ª RONDA.

A leitura e análise do quadro nº 42, referente à área do PUERPÉRIO revela que tem três questões que se referem ao período pós-natal, nomeadamente a questão nº 17 referente ao tema **PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER e do RECÉM-NASCIDO**, a questão nº 18 referente ao tema **DIAGNÓSTICO PRECOCE e PREVENÇÃO de COMPLICAÇÕES para a**

SAÚDE da MULHER e RECÉM-NASCIDO e a questão nº 19 referente ao tema **PREVENÇÃO de SITUAÇÕES NEFASTAS para a SAÚDE da MULHER e do RECÉM-NASCIDO**, mais as temáticas apresentadas para cada uma delas, como opções de resposta, foram aceites em concordância unânime pelo painel *WebDelphi* na 2ª Ronda, pelo que passam a figurar no questionário.

Aplicados os Critérios de Consenso, consideraram-se **inclusas** as questões nº 17, 18 e 19.

Questão Nº	Área	Enunciado da Questão (Tema)	Opções de resposta (Temáticas)	Critérios de Consenso		
				Incluída	Excluída	Para revisão
20	CLIMATÉRIO	No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER e apoio na transição para a MENOPAUSA, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rastreios e promoção da saúde da mulher durante o climatério ▪ Contraceção na pré-menopausa ▪ Promoção da saúde mental na vivência da menopausa ▪ Alterações (físicas/psíquicas) associadas ao climatério ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 			X
21		No âmbito DIAGNÓSTICO PRECOCE, da PREVENÇÃO de COMPLICAÇÕES para a SAÚDE e dos CUIDADOS à MULHER durante o CLIMATÉRIO / MENOPAUSA, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patologias associadas ao climatério/menopausa (decréscimo da função ovárica) ▪ Medidas preventivas das alterações adstritas ao climatério/menopausa (psicológicas, emocionais e sexuais) ▪ Disfunções sexuais (na mulher e companheiro) decorrentes da menopausa ▪ Medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher em menopausa ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 		Continua	X

Quadro nº 43. Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão das questões nº 20 e nº 21, referentes à área do CLIMATÉRIO, no questionário da 2ª RONDA.

A leitura e análise do quadro nº 43 referente à área do **CLIMATÉRIO**, revelam que as duas questões apresentadas, nomeadamente a questão nº 20 referente ao tema **PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER e apoio na transição para a MENOPAUSA** e a questão nº 21 referente ao tema **DIAGNÓSTICO PRECOCE, da PREVENÇÃO de COMPLICAÇÕES para a SAÚDE e dos CUIDADOS à MULHER durante o CLIMATÉRIO/MENOPAUSA**, mais as temáticas apresentadas para cada uma delas, como opções de resposta, não foram aceites em

concordância unânime pelo painel *WebDelphi* na 2ª RONDA, pelo que serão revistas, tendo em conta as observações dos peritos.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão das questões nº 20 e 21.



Gráfico n.º 37. Opinião do Painel de Peritos face à questão n.º 20 do Questionário da 2ª RONDA.

Opinião do perito quanto ao texto e inclusão da questão		Concordo	Não Concordo	Comentário/s dos Peritos que assinalaram “Não Concordo”
20. No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER e apoio na transição para a MENOPAUSA, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?		14 (93,34%)	1 (6,66%)	
Critérios de Consenso	Inclusão			
	Exclusão			
	P/revisão	X		

Quadro n.º 44. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n.º 20 do questionário da 2ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico n.º 37 e do Quadro n.º 44, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n.º 20 do questionário da 2ª RONDA, informam que 14 (93,34%) peritos concordam plenamente com a inclusão da questão e opções de resposta apresentadas no questionário e que 1 (6,66%) perito não concorda pelo que apresenta o comentário “*Na opção de resposta: Promoção da saúde mental na vivência da menopausa fica mais correcto substituir «menopausa» por «climatério»*”.

Na reflexão sobre a descrição e apresentação das opções de resposta, no propósito do comentário efetuado considerou-se a aceitação da interpretação apresentada, pois o Climatério, na

mulher²⁷, é o período em que há modificações físicas e psíquicas que originam a Menopausa, enquanto o termo Menopausa define a cessação definitiva das regras menstruais. Deste modo a opção de resposta passa a ter a seguinte apresentação textual “*Promoção da saúde mental na vivência do Climatério*”. Desta forma, no questionário, a questão n° 20 passa a ter a seguinte apresentação:

20. No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER e apoio na transição para a MENOPAUSA, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

- Rastreios e promoção da saúde da mulher durante o climatério
- Contraceção na pré-menopausa
- Promoção da saúde mental na vivência do climatério
- Alterações (físicas/psíquicas) associadas ao climatério
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.



Gráfico n° 38. Opinião do Painel de Peritos face à questão n° 21 do Questionário da 2ª RONDA.

Opinião do perito quanto ao texto e inclusão da questão	Concordo	Não Concordo	Comentário/s dos Peritos que assinalaram “Não Concordo”
21. No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE, da PREVENÇÃO de COMPLICAÇÕES para a SAÚDE e dos CUIDADOS à MULHER durante o CLIMATÉRIO / MENOPAUSA, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?	14 (93,34%)	1 (6,66%)	• Sem comentário
Critérios de Consenso	Inclusão		
	Exclusão		
	P/revisão	X	

Quadro n° 45. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 21 do questionário da 2ª RONDA.

²⁷ A baixa de hormonas no homem dá origem à Andropausa.

A leitura e análise do Gráfico nº 38 e do Quadro nº 45, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 21 do questionário da 2ª RONDA, informam que 14 (93,34%) peritos concordam plenamente com a inclusão da questão e opções de resposta apresentadas no questionário e que 1 (6,66%) perito não concorda. Todavia, não é apresentado algum comentário, pelo que não é expresso a causa da não concordância do perito. A questão e as suas opções de resposta não foram alteradas pelo que devem figurar no questionário com o mesmo texto.

Questão Nº	Área	Enunciado da Questão (Tema)	Opções de resposta (Temáticas)	Critérios de Consenso		
				Incluída	Excluída	Para revisão
22	GINECOLOGIA	No âmbito da PROMOÇÃO de SAÚDE GINECOLÓGICA da MULHER, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patologias do foro ginecológico ▪ Medidas preventivas das alterações adstritas à patologia ginecológica ▪ Disfunções sexuais (na mulher e companheiro) decorrentes das patologias do foro ginecológico ▪ Medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher com patologia ginecológica ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 	x		
23		No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE e PREVENÇÃO de complicações relacionadas com AFEÇÕES do APARELHO GENITURINÁRIO, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aparelho geniturinário ▪ Risco da mulher para afeções do aparelho geniturinário ▪ Intervenções à mulher com afeções do aparelho geniturinário (incluindo companheiro/conviventes significativos) ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 	x		
24		No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE e PREVENÇÃO de complicações relacionadas com AFEÇÕES da MAMA, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anatomia e morfologia da mama ▪ Risco da mulher para afeções da mama ▪ Intervenções à mulher com afeções da mama (incluindo companheiro/conviventes significativos) ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 	x		
25		No âmbito de PROVIDENCIAR CUIDADOS à MULHER com AFEÇÕES do APARELHO GENITURINÁRIO e facilitar a sua adaptação à nova situação, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afeções do aparelho geniturinário ▪ Tratamento das afeções do aparelho geniturinário (incluindo as complicações pós-cirúrgicas) ▪ Medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com afeção genitourinária (incluindo companheiro/conviventes significativos) ▪ Complicações pós-cirurgia ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 	x		
26		No âmbito de PROVIDENCIAR CUIDADOS à MULHER com AFEÇÕES da MAMA e	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afeções da mama ▪ Tratamento das afeções da mama ▪ Medidas de suporte emocional e psicológico à mulher em tratamento de afeção da mama 	x		

		facilitar a sua adaptação à nova situação, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:	(incluindo os conviventes significativos) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Complicações pós-cirurgia de afeções da mama ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 			
--	--	---	---	--	--	--

Quadro nº 46. Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão das questões nº 22, 23, 24, 25 e 26, referentes à área da GINECOLOGIA, no questionário da 2ª RONDA.

A leitura e análise do quadro nº 46, referente à área da **GINECOLOGIA** revela que tem cinco questões, nomeadamente a questão nº 22 alusiva ao tema **PROMOÇÃO de SAÚDE GINECOLÓGICA da MULHER**, a questão nº 23 relativa ao tema **DIAGNÓSTICO PRECOCE e PREVENÇÃO de complicações relacionadas com AFEÇÕES do APARELHO GENITURINÁRIO**, a questão nº 24 pertencente ao tema **DIAGNÓSTICO PRECOCE e PREVENÇÃO de complicações relacionadas com AFEÇÕES da MAMA**, a questão nº 25 referente ao tema **PROVIDENCIAR CUIDADOS à MULHER com AFEÇÕES do APARELHO GENITURINÁRIO e facilitar a sua adaptação à nova situação** e a questão nº 26 alusiva ao tema **PROVIDENCIAR CUIDADOS à MULHER com AFEÇÕES da MAMA e facilitar a sua adaptação à nova situação**, mais as temáticas apresentadas para cada uma delas, como opções de resposta, foram aceites em concordância unânime pelo painel *WebDelphi* na 2ª RONDA, pelo que serão integradas no questionário. Contudo, verifica-se que para melhor entendimento do sujeito respondente, a sequência das questões nº 24 e nº 25, beneficiam se forem alteradas as suas nomenclaturas, nomeadamente se a questão n.º 24 passar a representar o tema **PROVIDENCIAR CUIDADOS à MULHER com AFEÇÕES do APARELHO GENITURINÁRIO e facilitar a sua adaptação à nova situação** e a questão n.º 25 passar a representar o tema **DIAGNÓSTICO PRECOCE e PREVENÇÃO de complicações relacionadas com AFEÇÕES da MAMA**. Deste modo as questões nº 23 e nº 24 abordam temas relacionados com afeções do Aparelho Geniturinário e as questões nº 25 e nº 26 abordam temas relacionados com afeções da Mama, pelo que estas questões passam a assumir estas novas nomenclaturas.

Questão N°	Área	Enunciado da Questão (Tema)	Opções de resposta (Temáticas)	Critérios de Consenso		
				Incluída	Excluída	Para revisão
27	COMUNIDADE	No âmbito de PROMOÇÃO DE SAÚDE da MULHER (como pessoa individual ou em grupo alvo), sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infra-estruturas de saúde da comunidade (incluindo as condições de acesso) ▪ Recursos disponíveis, na comunidade, para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte ▪ Problemáticas de violência que assistem a Mulher no seu ciclo vital (violência doméstica, violência no namoro, abuso sexual, bullying, ...) ▪ Direitos sexuais e reprodutivos ▪ Diagnóstico e monitorização do estado de saúde das 	X		

		<ul style="list-style-type: none"> mulheres em idade fértil ▪ Cuidados de enfermagem relacionados com a saúde sexual e reprodutiva ▪ Causas diretas e indiretas da morbi-mortalidade materna e neonatal utilizando o conhecimento epidemiológico ▪ Estratégia para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento ▪ Legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade ▪ Políticas públicas de saúde (específicas da mulher) ▪ Saúde da mulher em situação de exclusão social ▪ Humanização, como princípio norteador do cuidado prestado à mulher ▪ Qualidade de vida associada à saúde da mulher ▪ Perspetiva masculina da saúde da mulher ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 			
28	<p>No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE e INTERVENÇÃO na MULHER, enquanto elemento do grupo alvo, no sentido de PREVENIR COMPLICAÇÕES na área da SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saúde Sexual e Reprodutiva ▪ Práticas de saúde, tradicionais e contemporâneas, tendo em conta a identificação dos seus riscos e benefícios para a saúde da mulher ▪ Benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis ▪ Condições apropriadas à prática clínica ▪ Programa Nacional de Vacinação/serviços de Imunização ▪ Mutilação Genital Feminina (no sentido da capacitação das pessoas, visando identificação e prevenção desta prática em novas gerações) ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 			X
29	<p>No âmbito da INTERVENÇÃO na MINIMIZAÇÃO das CAUSAS de MORBI-MORTALIDADE MATERNO-FETAL, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Causas diretas e indiretas de morbi-mortalidade materno-fetal ▪ Intervenções no campo de ação da saúde sexual e reprodutiva ▪ Intervenções no campo de ação da saúde do neonato ▪ Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas ▪ Outro: 			X

Quadro nº 47. Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão das questões nº 27, 28, e 29, referentes à área da COMUNIDADE, no questionário da 2ª RONDA.

A leitura e análise do quadro nº 47, referente à área da **COMUNIDADE**, revelam que se apresentam três questões, nomeadamente: a questão nº 27 referente ao tema **PROMOÇÃO DE SAÚDE da MULHER (como pessoa individual ou em grupo alvo)**, mais as temáticas apresentadas, como opções de resposta, foi aceite em concordância unânime pelo painel *WebDelphi* na 2ª RONDA, pelo que será integrada no questionário; a questão nº 28 alusiva ao tema **DIAGNÓSTICO PRECOCE e INTERVENÇÃO na MULHER, enquanto elemento do grupo alvo, no sentido de PREVENIR COMPLICAÇÕES na área da SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA** e a questão nº 29 relativa ao tema **INTERVENÇÃO na MINIMIZAÇÃO das CAUSAS de MORBI-MORTALIDADE MATERNO-FETAL**, mais as temáticas apresentadas para cada uma delas, como opções de resposta, não foram aceites em concordância

unânime pelo painel *WebDelphi* na 2ª RONDA, pelo que serão revistas tendo em conta as observações dos peritos

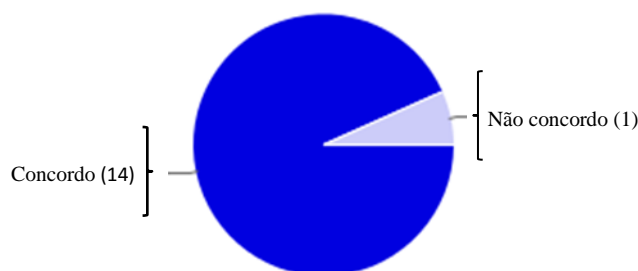


Gráfico n.º 39. Opinião do Painel de Peritos face à questão n.º 28 do Questionário da 2ª RONDA.

Opinião do perito quanto ao texto e inclusão da questão		Concordo	Não Concordo	Comentário/s dos Peritos que assinalaram “Não Concordo”
28. No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE e INTERVENÇÃO na MULHER, enquanto elemento do grupo alvo, no sentido de PREVENIR COMPLICAÇÕES na área da SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?		14 (93,34%)	1 (6,66%)	• <i>"Texto confuso"</i> .
Critérios de Consenso	Inclusão			
	Exclusão			
	P/revisão		X	

Quadro n.º 48. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n.º 28 do questionário da 2ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico n.º 39 e do Quadro n.º 48, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n.º 28 do questionário da 2ª RONDA, informam que 14 (93,34%) peritos concordam plenamente com a inclusão da questão e opções de resposta apresentadas no questionário e que 1 (6,66%) perito não concorda pelo que apresenta o comentário *“Texto confuso”*. Tendo em conta que o comentário do perito não elucida onde considera o texto confuso, julgou-se pertinente rever a questão, uma vez que a mesma já tinha sido alvo de crítica, por parte de um perito aquando da 1ª RONDA.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão n.º 28.

Na reflexão sobre a questão cujo texto é **“No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE e INTERVENÇÃO na MULHER, enquanto elemento do grupo alvo, no sentido de PREVENIR COMPLICAÇÕES na área da SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, sente**

necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?, ponderou-se que a expressão “*enquanto elemento do grupo alvo*” possa ser a causa de mau entendimento da questão. Tendo em conta que não altera o indicador em análise, decidiu-se retirar a expressão passando a questão a ter o seguinte texto “**No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE e INTERVENÇÃO na MULHER, no sentido de PREVENIR COMPLICAÇÕES na área da SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?**”

Na reflexão das premissas temáticas das opções de resposta não se identificou dificuldades de entendimento do texto expresso nem dos indicadores em análise pelo que se mantiveram.

No questionário, a questão nº 28 passa a ter a seguinte apresentação:

28. No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE e INTERVENÇÃO na MULHER, no sentido de PREVENIR COMPLICAÇÕES na área da SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?

- Saúde Sexual e Reprodutiva
- Práticas de saúde, tradicionais e contemporâneas, tendo em conta a identificação dos seus riscos e benefícios para a saúde da mulher
- Benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis
- Condições apropriadas à prática clínica
- Programa Nacional de Vacinação/Serviços de Imunização
- Mutilação Genital Feminina (no sentido da capacitação das pessoas, visando identificação e prevenção desta prática em novas gerações)
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.



Gráfico nº 40. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 29 do Questionário da 2ª RONDA.

Opinião do perito quanto ao texto e inclusão da questão		Concordo	Não Concordo	Comentário/s dos Peritos que assinalaram “Não Concordo”
29. No âmbito de INTERVENÇÃO na MINIMIZAÇÃO das CAUSAS de MORBI-MORTALIDADE MATERNO-FETAL, <i>sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?</i>		14 (93,34%)	1 (6,66%)	• "Não concordo nem discordo".
Critérios de Consenso	Inclusão			
	Exclusão			
	P/revisão	X		

Quadro nº 49. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 28 do questionário da 2ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico nº 40 e do Quadro nº 49, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 29 do questionário da 2ª RONDA, informam que 14 (93,34%) peritos concordam plenamente com a inclusão da questão e opções de resposta apresentadas no questionário e que 1 (6,66%) perito não concorda pelo que apresenta o comentário “*Não concordo nem discordo*”. Embora o comentário do perito não seja elucidativo do porquê da sua discordância julgou-se pertinente rever a questão e as suas opções de resposta.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão nº 29.

Quanto à questão cujo texto é “No âmbito de INTERVENÇÃO na MINIMIZAÇÃO das CAUSAS de MORBI-MORTALIDADE MATERNO-FETAL, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?*”, considerou-se que se encontra com estrutura e texto promotor de bom entendimento, pelo que se decidiu mantê-la no questionário.

No que se refere às temáticas apresentadas nas opções de resposta, observou-se que uma, designadamente a de “*Causas directas e indirectas de morbi-mortalidade materno-fetal*”, poderia ser mais confusa no seu discernimento pelo que se desdobrou em: “*Causas de morbilidade materna*”; “*Causas de mortalidade materna*”; “*Causas de morbilidade fetal*” e “*Causas de mortalidade fetal*”, considerando que na abordagem de qualquer uma delas se pode dar a vertente de causas directas e indirectas. As outras opções de resposta mantiveram-se. Assim, a questão nº 29 passou a ter a seguinte apresentação no questionário:

29. No âmbito de INTERVENÇÃO na MINIMIZAÇÃO das CAUSAS de MORBI-MORTALIDADE MATERNO-FETAL, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?*”

- Causas de morbidade materna
- Causas de mortalidade materna
- Causas de morbidade fetal
- Causas de mortalidade fetal
- Intervenções no campo de ação da saúde sexual e reprodutiva
- Intervenções no campo de ação da saúde do neonato
- Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas
- Outro: _____.

Questão N°	Área	Enunciado da Questão (Tema)	Opções de resposta (Temáticas)	Critérios de Consenso		
				Incluída	Excluída	Para revisão
30	TEMÁTICAS TRANSVERSAIS	De entre as temáticas transversais apresentadas, assinale a/as em que gostaria de aprofundar saberes num Curso de Formação Contínua,	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicação Terapêutica / Relação de Ajuda ▪ Direito em Enfermagem ▪ Ética e Deontologia ▪ Gestão de Cuidados ▪ Investigação (baseada na evidência científica) ▪ Psicologia ▪ Sócio-antropologia ▪ De entre as temáticas apresentadas nenhuma me interessa ▪ Para além das temáticas apresentadas considero que deveria ser integrada a temática que descrevo em 'Outro' ▪ Outro: 			X

Quadro nº 50. Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão da questão nº 30, referente às Temáticas Transversais no Curso de Formação Contínua, no questionário da 2ª RONDA.

Na leitura e análise do Quadro nº 50, referente às TEMÁTICAS TRANSVERSAIS no Curso de Formação Contínua, verifica-se que a questão nº 30 sobre quais as temáticas que o sujeito respondente gostava de aprofundar saberes num Curso de Formação Contínua. As temáticas apresentadas, como opções de resposta, não foram aceites em concordância unânime pelo painel *WebDelphi* na 2ª RONDA, pelo que a questão será revista tendo em conta as observações dos peritos.



Gráfico n° 41. Opinião do Painei de Peritos face à questão n° 30 do Questionário da 2ª RONDA.

Opinião do perito quanto ao texto e inclusão da questão		Concordo	Não Concordo	Comentário/s dos Peritos que assinalaram “Não Concordo”
30. De entre as TEMÁTICAS TRANSVERSAIS apresentadas, assinale a/as em que gostaria de aprofundar saberes num Curso de Formação Contínua, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?		14 (93,34%)	1 (6,66%)	<ul style="list-style-type: none"> • “Porque se estamos a fazer formação numa área não faz sentido estarmos a colocar outras. A existirem deverão ser integradas nas respectivas áreas onde se sinta necessidade das mesmas”.
Critérios de Consenso	Inclusão			
	Exclusão			
P/revisão		X		

Quadro n° 51. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 30 do questionário da 2ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico n° 41 e do Quadro n° 51, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão n° 30 do questionário da 2ª RONDA, informam que 14 (93,34%) peritos concordam plenamente com a inclusão da questão e opções de resposta apresentadas no questionário e que 1 (6,66%) perito não concorda pelo que apresenta o comentário “Porque se estamos a fazer formação numa área não faz sentido estarmos a colocar outras. A existirem deverão ser integradas nas respectivas áreas onde se sinta necessidade das mesmas”. Tendo em conta que o comentário do perito suscitou uma reflexão sobre o propósito da questão, julgou-se pertinente revê-la realizando um pensamento crítico e fundamentado para a sua inclusão.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão n° 30.

A deliberação pela construção da questão n° 30 sobre as Temáticas Transversais a um Curso de Formação Contínua em Enfermagem sobre Saúde da Mulher teve o fundamento de se considerar que a área de intervenção é multi e transdisciplinar a outras áreas do conhecimento.

Daí se ter considerado temáticas como Comunicação Terapêutica (incluindo a Relação de Ajuda), a Ética e Deontologia, a Investigação (baseada na evidência científica), a Psicologia, a Sócio-antropologia, Gestão de Cuidados e o Direito em Enfermagem. Mas como o primordial objetivo do estudo é identificar as necessidades de formação dos Enfermeiros, adicionou-se uma outra opção de resposta que dá a possibilidade do Enfermeiro respondente assinalar outra área do conhecimento que identifique como sua necessidade de formação, a saber “*Para além das temáticas apresentadas considero que deveria ser integrada a temática que descrevo em 'Outro'.*”

Como não se encontra nenhuma justificação para fundamentar a alteração ou eliminação da questão, considera-se a sua inclusão com a mesma nomenclatura e construção frásica, nomeadamente:

30. De entre as TEMÁTICAS TRANSVERSAIS apresentadas, assinale a/as em que gostaria de aprofundar saberes num Curso de Formação Contínua, *sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...?*

- Comunicação Terapêutica / Relação de Ajuda
- Direito em Enfermagem
- Ética e Deontologia
- Gestão de Cuidados
- Investigação (baseada na evidência científica)
- Psicologia
- Sócio-antropologia
- De entre as temáticas apresentadas nenhuma me interessa
- Para além das temáticas apresentadas considero que deveria ser integrada a temática que descrevo em '*Outro*'
- Outro: _____.

Questão N°	Área	Enunciado da Questão (Tema)	Opções de resposta (Temáticas)	Critérios de Consenso		
				Incluída	Excluída	Para revisão
31	MOTIVOS DE PARTICIPAÇÃO EM CURSO DE FORMAÇÃO CONTÍNUA	Assinale a sua opinião de concordância com os MOTIVOS apresentados e que a/o levam a PARTICIPAR num Curso de Formação Contínua	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aquisição de conhecimentos; ▪ Interesse pessoal pelas temáticas; ▪ Desenvolvimento de competências; ▪ Reflexão sobre a situação social e política da enfermagem actual; ▪ Obtenção de qualificação profissional; ▪ Reflectir sobre os resultados científicos recentes; ▪ Procura de saberes orientados para a resolução de problemáticas específicas da sua prática profissional de enfermagem; ▪ Aquisição de conhecimentos para desempenho de funções específicas; ▪ Encontro com outros pares (profissionais de enfermagem); ▪ Partilha de conhecimentos/experiência com os outros Enfermeiros formandos; ▪ Compreensão e implementação de novos saberes; ▪ Quebra de rotina; ▪ Isolamento profissional; ▪ Procura de maior motivação/satisfação profissional. 			X

Quadro nº 52. Opinião dos peritos quanto à concordância da inclusão da questão nº 31, referente aos MOTIVOS para frequentar um Curso de Formação Contínua, no questionário da 2ª RONDA.

Na leitura e análise do Quadro nº 52, referente aos MOTIVOS que levam o Enfermeiro respondente a participar num Curso de Formação Contínua, verifica-se que tem uma questão, nomeadamente a questão nº 31, de resposta múltipla, com quatro opções de concordância (Totalmente em desacordo; Discordo; Concordo e Totalmente de acordo) para catorze temáticas apresentadas como opções de resposta. Estas não foram aceites em concordância unânime pelo painel *WebDelphi* na 2ª RONDA, pelo que a questão será revista tendo em conta as observações dos peritos.

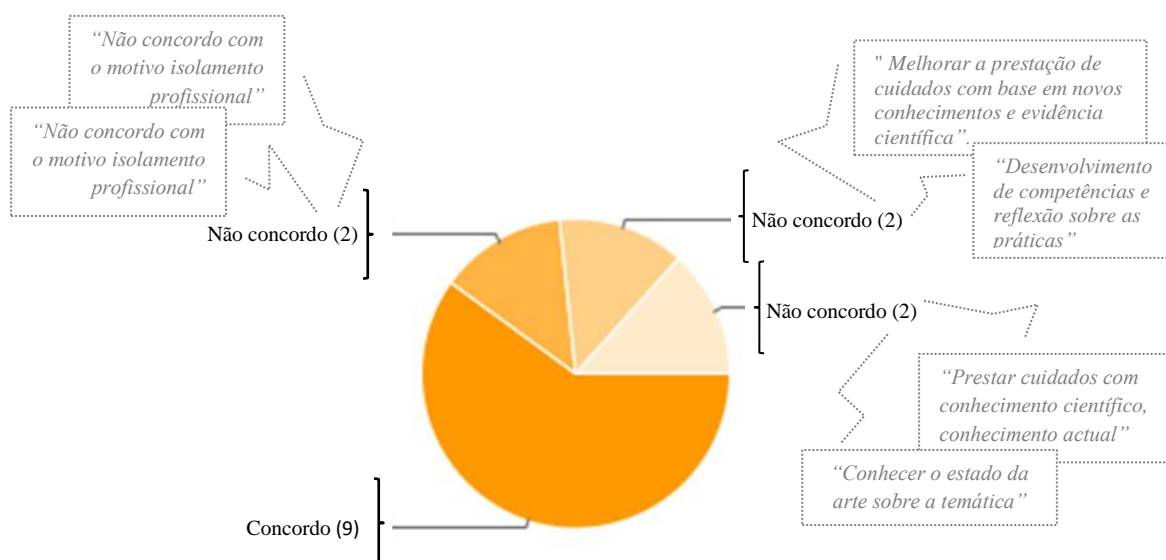


Gráfico nº 42. Opinião do Painel de Peritos face à questão nº 31 do Questionário da 2ª RONDA.

Opinião do perito quanto ao texto e inclusão da questão		Concordo	Não Concordo	Comentário/s dos Peritos que assinalaram “Não Concordo”
31. Assinale a sua opinião de concordância com os MOTIVOS apresentados e que a/o levam a PARTICIPAR num Curso de Formação Contínua		9 (60,04%)	6 (39,96%)	<ul style="list-style-type: none"> • “Melhorar a prestação de cuidados com base em novos conhecimentos e evidência científica”. • “Prestar cuidados com conhecimento científico, conhecimento actual” • “Desenvolvimento de competências e reflexão sobre as práticas” • “Não concordo com o motivo isolamento profissional” • “O motivo quebra de rotina deve ser retirado”
Critérios de Consenso	Inclusão			
	Exclusão			
	P/revisão		X	

Quadro nº 53. Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 31 do questionário da 2ª RONDA.

A leitura e análise do Gráfico nº 42 e do Quadro nº 53, referente ao Registo da Opinião/Comentário dos peritos face à questão nº 31 do questionário da 2ª RONDA, informam que 9 (60,04%) peritos concordam plenamente com a inclusão da questão e opções de resposta apresentadas no questionário e que 6 (39,96%) peritos não concordam, pelo que apresentam os comentários “Melhorar a prestação de cuidados com base em novos conhecimentos e evidência científica”, “Prestar cuidados com conhecimento científico, conhecimento actual”, “Desenvolvimento de competências e reflexão sobre as práticas”, “Conhecer o estado da arte sobre a temática”, “Não concordo com o motivo Isolamento profissional” e “O motivo quebra de rotina deve ser retirado”. Tendo em conta que os comentários do perito são referentes a retirar

motivos e a introduzir outros novos motivos, tornou-se concorrente revê-la realizando um pensamento crítico e fundamentado para a sua composição e inclusão no questionário.

Aplicados os Critérios de Consenso, considerou-se a revisão da questão nº 31.

Desta forma, os motivos apresentados por 2 (13,32%) peritos tinham a ver com a retirada dos Motivos “*Quebra de rotina*” e “*Isolamento profissional*” que, analiticamente, não se consideraram a sua permanência importante para as conclusões do estudo, pelo que foram retirados. Pelo que mantiveram-se os restantes motivos e incluíram-se os seguintes motivos referidos pelos restantes 4 (26,64%) peritos. Designadamente 2 (13,32%) peritos sugeriram “*Melhorar a prestação de cuidados com base em novos conhecimentos e evidência científica*” e “*Desenvolvimento de competências e reflexão sobre as práticas*” que se consideraram com o mesmo sentido, pelo que se julgou pertinente considerar a “*Melhorar a prestação de cuidados com base em novos conhecimentos e evidência científica*” que considerou-se mais abrangente e de fácil compreensão para o Enfermeiro respondente, e os restantes 2 (13,32%) peritos sugeriram “*Prestar cuidados com conhecimento científico, conhecimento actual*” e “*Conhecer o estado da arte sobre a temática*”, expressões que foram agrupadas pois têm, no seu geral, o mesmo entendimento, optando-se por colocar como temática em opção de resposta a e “*Conhecer o estado da arte sobre a temática*”. Portanto, a questão nº 31 passará a ter a seguinte apresentação:

31. Assinale a sua opinião de concordância com os MOTIVOS apresentados e que a/o levam a PARTICIPAR num Curso de Formação Contínua

MOTIVOS \ Concordância	Totalment e em desacordo	Discordo	Concordo	Totalmente de acordo
• Aquisição de conhecimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Interesse pessoal pelas temáticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Desenvolvimento de competências	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Reflexão sobre situação social e política da enfermagem atual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Obtenção de qualificação profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Refletir sobre os resultados científicos recentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Procura de saberes orientados para a resolução de problemáticas específicas da sua prática profissional de enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Aquisição de conhecimentos para desempenho de funções específicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Encontro com outros pares (profissionais de enfermagem)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Partilha de conhecimentos/experiência com outros Enfermeiros formandos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Compreensão e implementação de novos saberes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Conhecer o estado da arte sobre a temática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Melhorar a prestação de cuidados com base em novos conhecimentos e evidência científica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Procura de maior motivação/satisfação profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

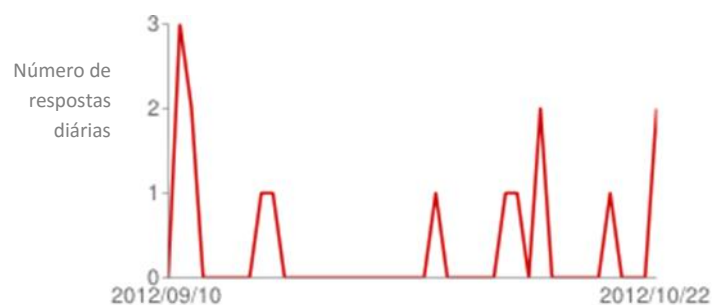


Gráfico nº 43. Período de tempo despendido pelo Painel de Peritos na análise do questionário proposto à 2ª RONDA.

O período de tempo em que o questionário da 2ª RONDA esteve em apreciação pelos peritos do painel *WebDelphi* foi de 10 de setembro a 22 de outubro de 2012, como se pode comprovar pelo Gráfico nº 43, que também mostra o número de respostas ocorridas diariamente neste período de cerca de 42 dias, embora se tenha solicitado aos peritos que o enviassem até dia 8 de Outubro de 2012. Tendo em conta que é difícil manter uma elevada taxa de respostas com um Delphi que tenha muitas rondas (Keeney et al., 2001, referenciado por Santos et al, sd.) e considerando o tratamento das opiniões e dos comentários efectuados pelos peritos face às questões do questionário da 2ª RONDA, decidiu-se dar por terminado o Painel de Peritos. Desta forma, elaborou-se o questionário na sua versão Final, para dar a conhecer aos peritos e para dar continuidade ao estudo. A utilização do método *Delphi* previa o envio do questionário até se obter consenso. O que se conseguiu com o tratamento dos contributos do painel da 2ª RONDA. Relembra-se que o questionário foi construído com base numa revisão da literatura sobre a área da Saúde da Mulher o que se considera ter beneficiado a convergência para o consenso.

8.5.1.6. Procedimentos na Aplicação do Questionário

Após a realização da revisão bibliográfica e da construção do questionário torna-se indutivo expor os procedimentos efetuados para aplicar este instrumento de recolha de dados aos sujeitos do estudo. Assim, foram presencialmente contactados as direções de enfermagem das diferentes instituições hospitalares e agrupamentos de centros de saúde do distrito de Setúbal especificando os objetivos do estudo e qual a sua finalidade. Depois, seguiu-se as suas indicações para o envio, via *online*, do link de acesso ao questionário, (<https://docs.google.com/forms/d/12RzIRAJKsfTIKItpSDmdv4X8cpwzm2tt-WO66xsapzc/edit#>) para o difundirem pela rede interna da instituição. Desta forma, houve Enfermeiros contactados através do seu *e-mail* pessoal, outros pelo *e-mail* institucional e ainda outros pelo Enfermeiro chefe do serviço em que trabalham que se responsabilizou pela difusão do questionário pelos

vários elementos Enfermeiros da sua equipa. Duma maneira geral, os Enfermeiros começaram a receber os questionários nos primeiros dias de maio de 2013 e podiam responder até dia 15 de junho do mesmo ano, data estipulada para o encerramento da sua recepção.

PARTE III.
ESTUDO EMPÍRICO

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO CRÍTICA DOS DADOS

Introdução.	327
9.1. <i>Resultados obtidos.</i>	327
9.1.1. <i>Caracterização da Amostra.</i>	328
9.1.2. <i>Identificação das Necessidades de Formação Contínua.</i>	332
9.1.3. <i>A intervenção de Enfermagem na Saúde da Mulher.</i>	334
9.1.3.1. <i>Planeamento para a família e pré-concepcional.</i>	335
9.1.3.2. <i>Gravidez.</i>	341
9.1.3.3. <i>Parto.</i>	349
9.1.3.4. <i>Puerpério.</i>	357
9.1.3.5. <i>Climatério.</i>	365
9.1.3.6. <i>Ginecologia.</i>	370
9.1.3.7. <i>Comunidade.</i>	379
9.1.3.8. <i>Temáticas transversais num Curso de Formação Contínua na área de Saúde da Mulher.</i>	385
9.1.3.9. <i>Motivos dos Enfermeiros para participarem num Curso de Formação Contínua na área de Saúde da Mulher.</i>	387

A avaliação de necessidades é “la primera fase de los procesos de intervención sócio-educativa.” (...) “una acción planificada tendente a obtener información sobre el problema que se quiere tratar o la situación que se desea modificar con una intervención educativa o asistencial.”

Rojo (2002:54-55)

Introdução

No presente capítulo apresenta-se os resultados obtidos com o tratamento da informação recolhida dos questionários aplicados. A caracterização dos sujeitos, elementos da amostra do estudo, a identificação das necessidades de formação em enfermagem consoante as áreas científicas de enfermagem e especificamente nas áreas de intervenção em que a saúde e bem-estar da mulher é o foco de atenção. Assim percorre-se a informação fornecida para todos os módulos constituintes do questionário, a saber: planeamento para a família e pre-concepcional; gravidez; parto; puerpério; climatério; ginecologia e comunidade. Acresce a informação da motivação para frequentar e das temáticas transversais constituintes num curso de formação contínua na área de saúde da mulher. Dos dados recolhidos, foram considerados importantes comentar com fundamento teóricoconceptual as duas ou três temáticas com forte sinalização dos sujeitos do estudo, de entre as temáticas em apreciação no questionário (aquando da sua realização creditada pelo painel WebDelphy). Pontualmente, a análise indica temáticas de fraca adesão, pois à semelhança das mais consideradas denotou-se relevante e pertinente a sua menção face ao fundamento deste estudo e pelo contributo que transferem às suas conclusões.

9.1. Resultados obtidos

Na análise dos questionários importa saber o número total de instrumentos recebidos e identificar, face ao esperado. Desta forma, para uma população (N) identificada com 2 738 Enfermeiros, podemos estimar uma determinada percentagem deste valor em respostas ao questionário, como por exemplo, para 5% seriam expectável a anuência de 137 Enfermeiros a responderem ao questionário.

$$no = 1 / E_0^2$$

$$no = 1 / E_0^2 = 1 / (0,05)^2 = 137 \text{ Enfermeiros}^{28}$$

²⁸ Número, que se estima, de questionários respondidos, 5% do total de enfermeiros (2730) possíveis recebedores do questionário.

N = 2738 Enfermeiros

$$n = \frac{N \cdot n_o}{N + n_o}$$

$$n = \frac{273 \times 137}{2738 + 137}$$

n = 274 Enfermeiros

Seriam esperados 274 questionários respondidos, mas só foram rececionados 212 questionários, pelo que não é possível a generalização dos resultados obtidos a todos os sujeitos da população. Assim, as conclusões do estudo não são possíveis de transpor para a população, confinando-se apenas á amostra.

9.1.1. Caracterização da Amostra

Local actual de desempenho profissional:

Os Enfermeiros, sujeitos do estudo, referiram pertencer a uma das seguintes instituições do distrito de Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo ou Hospital Santiago do Outão; Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Hospital Nossa Senhora do Rosário ou Hospital Distrital do Montijo; Hospital Garcia De Orta, Hospital de Santiago, ACES Arrábida; ACES Arco Ribeirinho; ACES Almada Seixal e Centro Hospitalar Litoral Alentejano. Esta informação revela que todas as instituições do distrito difundiram o questionário e que todos os Enfermeiros tiveram oportunidade de participar durante o tempo útil disponibilizado para o seu preenchimento.

Sexo:

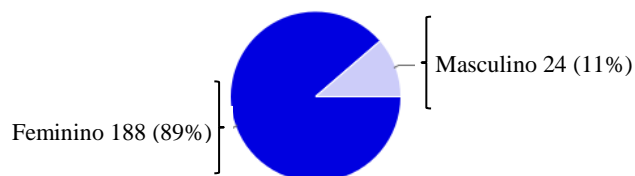


Gráfico nº 44. Caracterização dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, quanto ao sexo.

Na leitura analítica do Gráfico nº 44, verifica-se que quanto ao sexo, de um total de 212 Enfermeiros, 188 são do sexo feminino e 24 são do sexo masculino, o que integra a história da profissão de enfermagem ser uma profissão maioritariamente do sexo feminino.

Grupo etário:

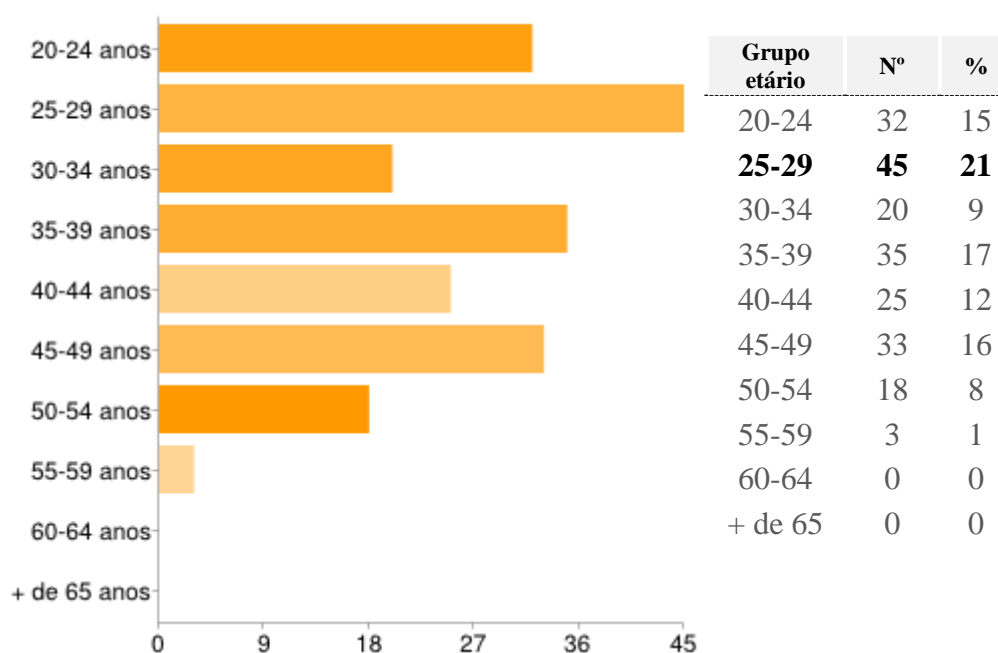


Gráfico nº 45. Caracterização dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, quanto à idade.

A leitura e análise do Gráfico nº 45, revela que 45(21%) dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, tem idades compreendidas entre os 25 e os 29 anos. Podemos também identificar que a maioria dos respondentes têm uma idade inferior a 40 anos e que só 3(1%) são Enfermeiros com idade compreendida no grupo etário de 50 a 54 anos. Esta análise leva à conjectura de que os Enfermeiros com idade igual ou superior a 40 anos não estão motivados, ou não se sentem habilitados tecnologicamente, para responderem a questionários apresentados via *online*. Alguns Enfermeiros de idade maior revelam fragilidades nas competências de utilização da tecnologia computacional no trabalho, embora as possam identificar como necessárias na otimização da prestação do cuidar, nomeadamente: na rapidez, na legibilidade, na exatidão das informações entre os pares da equipa multidisciplinar que levam a maior segurança da pessoa e a maior qualidade do cuidado prestado (Matsuda et al., 2014). Atualmente a inovação e a evolução tecnológica têm vindo a contribuir para a informatização dos processos clínicos havendo uma progressiva substituição dos processos em suporte de papel. Este facto, levou a que os profissionais de saúde, principalmente os de maior idade, tenham realizado esforço pessoal na aquisição de conhecimentos e habilidades no uso do computador e do programa *software* em uso na instituição.

Habilitações académicas:

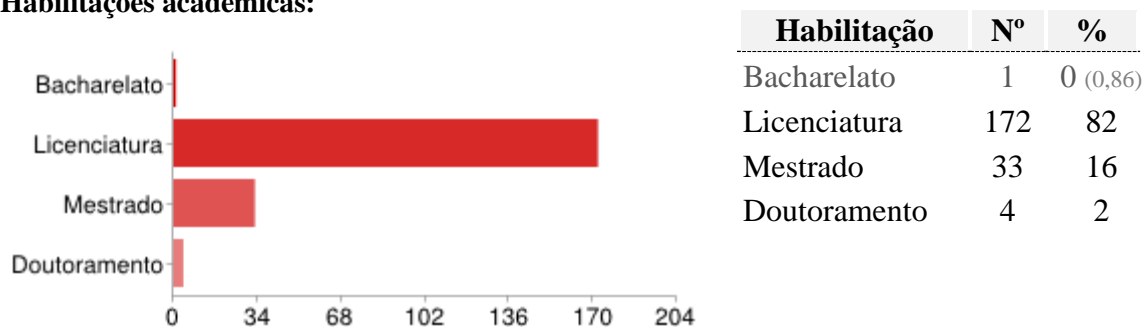


Gráfico nº 46. Caracterização dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, quanto às habilitações académicas.

Aquando da leitura e análise do Gráfico nº 46, que se refere às habilitações académicas dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, verifica-se que 172(82%) Enfermeiros têm o grau de Licenciado, o que revela que possuem o Curso de Licenciatura em Enfermagem, ou seu equivalente, (nomeadamente, o Curso Geral de Enfermagem e o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, ou um Curso de Especialização em Enfermagem) que lhes confere o grau de Licenciado. Com o grau de Mestre, são 33(16%) Enfermeiros, e com o grau de Doutor são 4(2%) Enfermeiros. Segundo, o anuário estatístico de 2014, da Ordem dos Enfermeiros, do ano de 2006 para ano de 2014, houve uma evolução piramidal dos Enfermeiros especialistas em Portugal, designadamente de 7 032 para 13 897 Enfermeiros especialistas.

A evolução existencial de Enfermeiros especialistas ativos, em Portugal, por área de especialidade, revela que se têm formado mais Enfermeiros na área de reabilitação, na área de saúde materna e obstétrica e na área de saúde comunitária, sendo numericamente, no ano de 2014, para a mesma sequência das especialidades referidas: 2 922; 2 548 e 2 524.

No distrito de Setúbal, segundo os dados do INE (2011) residem 851 258 pessoas e existem 4 107 Enfermeiros (3 436 do sexo feminino e 671 do sexo masculino), num rácio de 4,82 Enfermeiros para 100 000 habitantes (Ordem dos Enfermeiros, 2015: 3-6). Um Enfermeiro, refere ter o grau de Bacharel, porventura porque não reuniu as condições necessárias para obter o grau de licenciado, nomeadamente ter o 12º ano de escolaridade e o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

Outro tipo de habilitação:

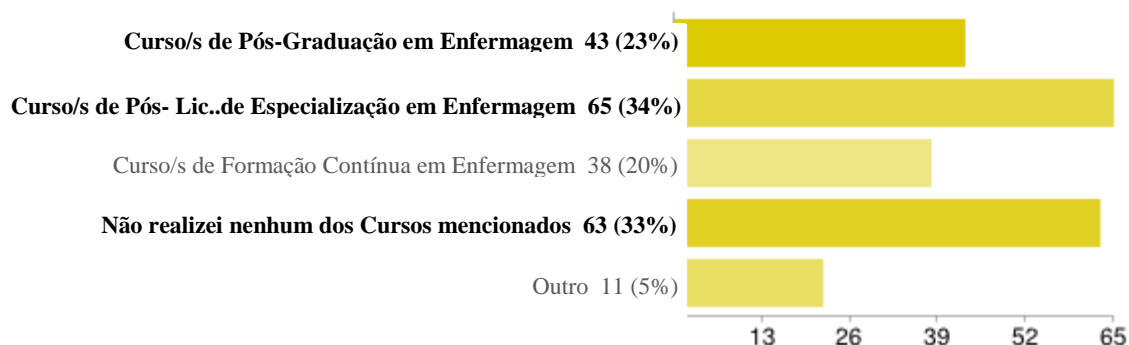


Gráfico nº 47. Caracterização dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, quanto a outro tipo de habilitação.

A leitura e análise do Gráfico nº 47, que corresponde a outro tipo de habilitação, que não aquele que é de formação avançada e lhe confere grau acadêmico, como são os casos dos Cursos de formação contínua de que são exemplo os Cursos de Especialização em Enfermagem, os Cursos de Pós-Graduação em Enfermagem ou outro curso de formação contínua verifica-se que 65(34%) dos Enfermeiros são detentores de um curso de especialização em enfermagem mas que em sensivelmente igual número 63(33%)Enfermeiros mencionam não ter realizado nenhum dos cursos mencionados. Tendo em apreciação estes últimos e pensar que os Enfermeiros podiam assinalar mais do que uma opção de resposta podemos deduzir que alguns destes podem ter outro tipo de curso, superior ou não. São seu exemplo, os Enfermeiros que têm o curso de Licenciatura em Psicologia, ou os que têm o Curso de Licenciatura em Ciências da Educação. Podemos também, auferir que existem muitos Enfermeiros que fazem cursos de Pós-graduação em Enfermagem, 43(23%) Enfermeiros, ou Cursos de Formação Contínua em Enfermagem, 38(20%)Enfermeiros. Números reveladores da necessidade de adquirir conhecimentos e desenvolver competências para o seu bom desempenho profissional .

Categoria profissional:

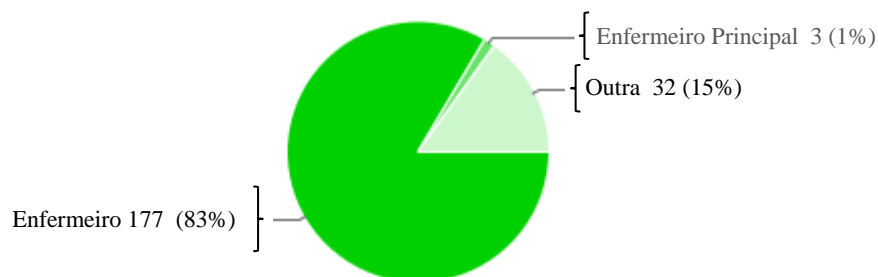


Gráfico nº 48. Caracterização dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, quanto à categoria profissional.

A leitura e análise do Gráfico nº 48, que caracteriza os Enfermeiros respondentes face à sua categoria profissional, informa que 177(83%) dos sujeitos do estudo têm a categoria profissional de Enfermeiro, que 3(1%) detêm a categoria de Enfermeiro principal e que 32(15%) posicionam-se na opção ‘Outra’. A questão está elaborada segundo a nova legislação Decreto-Lei n.º 247 de 22 de setembro de 2009, nomeadamente as categorias apresentadas no seu artigo 7º de: Enfermeiro; Enfermeiro principal. Na questão, associou-se a opção ‘Outra’ para que os Enfermeiros que ainda se regem pela antiga carreira, pois estão em fase de transição, e são Enfermeiros especialistas, se pudessem posicionar, pois estes não são só Enfermeiros de cuidados gerais, porque têm mais do que o Curso de Licenciatura em Enfermagem, designadamente são especialistas porque realizaram um curso de especialização em enfermagem, que segundo a legislação mencionada são Enfermeiros. Com estes dados verifica-se que 3(1%) Enfermeiros já se encontram integrados na nova carreira, portanto são Enfermeiros especialistas com o título atribuído pela Ordem dos Enfermeiros, têm um exercício mínimo de cinco anos de experiência efetiva no exercício da profissão, como refere o ponto 3 do Artigo 11º do supracitado Decreto-Lei.

9.1.2. Identificação das Necessidades de Formação Contínua

A identificação das necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, foi realizada através da questão nº 7.

Questão nº 7. Das áreas apresentadas assinale a/as que mais gostava de frequentar em modo de Curso de Formação Contínua, com a apresentação das áreas científicas acreditadas pela Ordem dos Enfermeiros e pelas que já foram lecionadas como cursos de especialização em enfermagem por algumas instituições do ensino superior de enfermagem, mas que até agora ainda não foram acreditadas, estando em fase de trabalho e discussão a sua acreditação, nomeadamente:

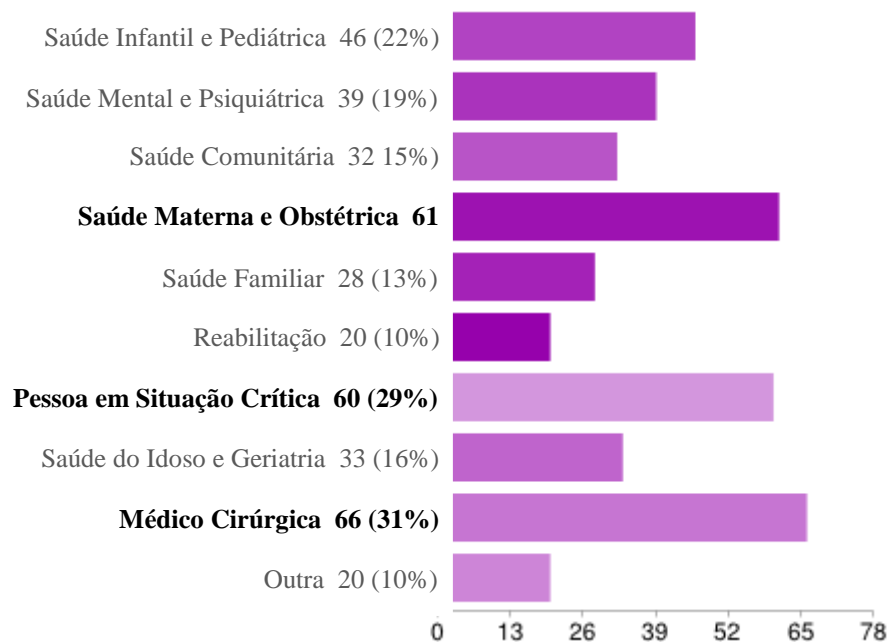


Gráfico n° 49. Áreas em que os Enfermeiros, sujeitos do estudo, gostavam de frequentar um Curso de Formação Contínua em Enfermagem.

A leitura e análise do Gráfico n° 49, referente à Questão n° 7, revela que as áreas de eleição mais referidas, e com apreciação semelhante, foram a da *médico cirúrgica* mencionada por 66(31%) Enfermeiros, a da *saúde materna e obstétrica* referida por 61(29%) Enfermeiros e a da *pessoa em situação crítica* dita por 60(29%) Enfermeiros. A área da *saúde infantil e pediátrica*, referida por 46(22%) Enfermeiros, a área da *saúde mental e psiquiátrica* mencionada por 39(19%) Enfermeiros e a área da *saúde do idoso e geriatria* citada por 33(16%) Enfermeiros, são o grupo com valores semelhantes que se podem agrupar como as segundas mais necessitadas.

A área da *reabilitação* referida por 20(10%) Enfermeiros, a área da *saúde familiar* mencionada por 28(13%) Enfermeiros e a da *saúde comunitária* aludida por 32(15%) Enfermeiros, representam, nesta análise, as menos pensadas em serem áreas para se aprofundarem conhecimentos e desenvolverem competências profissionais.

A opção de escolha “*Outra*”, apresentou a sinalização de 20(10%) Enfermeiros, o que não a deixa sem valor representativo da vontade manifestada. Este valor, pode estar associado a outras áreas interventivas do Enfermeiro, como a dos cuidados paliativos, a do trauma, a da prevenção e controle de infeção, a de gestão de serviços de saúde, a da enfermagem forense... mas, estará certamente, correlacionado com a especialização de enfermagem perioperatória pela qual se tem vindo a lutar em Portugal (principalmente pela AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses), nas últimas décadas, e se ambicionou a sua aceitação pela

Ordem dos Enfermeiros como curso de especialização acreditado. Situação, que ficou resolvida no dia 7 de maio do corrente ano de 2015, por votação em Assembleia Geral Extraordinária, da Ordem dos Enfermeiros, sendo aprovada a Especialidade Clínica em Enfermagem Perioperatória. De referir, que a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal já lecionou um Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória (no ano letivo 2013/2015).

9.1.3. A intervenção de enfermagem na Saúde da Mulher

A intervenção de enfermagem, no âmbito dos cuidados de saúde prestados às mulheres ao longo do seu ciclo vital, insere-se num contexto de atuação multiprofissional onde se podem enquadrar dois tipos de cuidado: os que são iniciados por outros profissionais da equipa, que são as denominadas intervenções interdependentes, onde o Enfermeiro tem a responsabilidade pela implementação técnica da intervenção; e os que são iniciados pela sua própria prescrição, designadamente denominadas por intervenções autónomas, onde o Enfermeiro tem a responsabilidade pela prescrição da intervenção e pela sua implementação. Em ambas, o Enfermeiro tem autonomia para decidir sobre a sua implementação, suportando-se nos conhecimentos técnico-científicos adquiridos, a capacidade de identificação da problemática da mulher que tem a seu cuidado, os benefícios, os riscos e dos problemas potenciais que possam suceder com a implementação da intervenção, decidindo sempre a sua ação em prol do melhor interesse da mulher, enquanto pessoa assistida.

Os Enfermeiros, que realizam consulta à mulher, sejam Enfermeiros de cuidados gerais, ou sejam Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, devem estar habilitados a tomar decisões autónomas ou interdependentes dirigidas à mulher, família e comunidade em situação de saúde-doença, nos períodos pré-concepcional, pré, intra e pós-natal e ao recém-nascido até ao 28º dia de vida.

É inequívoca, a importância da ação dos Enfermeiros na área de promoção de saúde e prevenção de doença, assim como o Enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica é um Enfermeiro mais qualificado e habilitado, pela sua específica formação técnica e científica, para assumir a responsabilidade da realização de uma consulta de enfermagem dirigida à mulher.

A especificidade da formação de um Enfermeiro não decorre de ser especialista, pois este pode proceder à sua formação de forma autónoma, contínua e persistente tendo em vista um melhor desempenho e qualidade científica do serviço prestado através da aquisição de saberes que

podem ser adquiridos pela via académica ou pela via autónoma através da pesquisa controlada em fontes credíveis ou com a realização de cursos de formação contínua acreditados.

Assim, o Enfermeiro que cuida da mulher, da sua família e comunidade deve ser um profissional com conhecimentos atualizados nas áreas específicas da mulher (desde que nasce e durante a sua vida). Deve promover, a saúde e ser célere na identificação de sinais físicos, psíquicos ou sociais, que antecedem a doença e estão em altura de ser colmatados através duma atitude preventiva.

A intervenção de enfermagem na saúde da mulher passa pela capacitação dos profissionais em áreas que foram consideradas no questionário como sendo as que são passíveis de necessidade formativa complementar do Enfermeiro. Tal como, as que se apresentam nos subcapítulos seguintes associadas ao parecer dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face às necessidades de formação sentidas.

As questões apresentadas, no instrumento de colheita de dados, o questionário, incidem sobre temas que estão subdivididos em temáticas correlacionadas entre si e completam, o mais possível, o tema principal. Com a solicitação, aos Enfermeiros sujeitos do estudo, da sinalização das temáticas em que sentem necessidade de formação visa-se perceber quais são as de relevante necessidade dentro do tema em análise. Assim, segue-se a apresentação dos resultados dos dados recebidos por temas e subsequentes temáticas mais referenciadas pelos Enfermeiros sujeitos do estudo.

9.1.3.1. Planeamento para a Família e Pré-concepcional

O planeamento estabelecido para a composição da família, que a própria estabelece no seu propósito de vida, normalmente designado por planeamento familiar, consiste na forma do casal decidir se querem ter filhos, quando consideram oportuno concebe-los, assim como, programarem a sua gravidez, o tipo de atendimento clínico e profissional do desenvolvimento da própria gestação, e o tipo de parto nas condições que lhes sejam ajustadas.

O planeamento familiar, visa que as pessoas promovam comportamentos saudáveis face à sua sexualidade, e que se informem como assegurarem uma saúde sexual e reprodutiva saudável e recompensadora. Desta forma, contribui-se para uma maternidade e paternidade consciente e responsável que induz a parentalidade partilhada e a redução dos níveis reduzidos de morbilidade e mortalidade materna, perinatal e infantil.

Ter uma consulta de enfermagem (ou médica), para planejar a concepção de uma possível gravidez, através do planeamento pré concepcional, é um ato responsável em que os propensos progenitores se preparam para ter um filho saudável. Por exemplo, os exames físicos e hematológicos podem despistar doenças hereditárias, incompatibilidade sanguínea, malformações dos órgãos sexuais... situações que detetadas antes da concepção podem levar a um caminho positivo e não a um caminho de morbidade ou até mesmo de mortalidade.

As questões formuladas no questionário, para recolher as necessidades de formação na área do Planeamento para a Família e Pré-concepcional foram as Questões nº 8, 9 e 10, que se apresentam:

Questão nº 8. No âmbito dos CONHECIMENTOS para MELHOR ASSISTIR e PROMOVER a SAÚDE da MULHER, designadamente: na vivência dos processos de saúde/doença; nas problemáticas da sexualidade e no planeamento para a família no período pré-concepcional, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

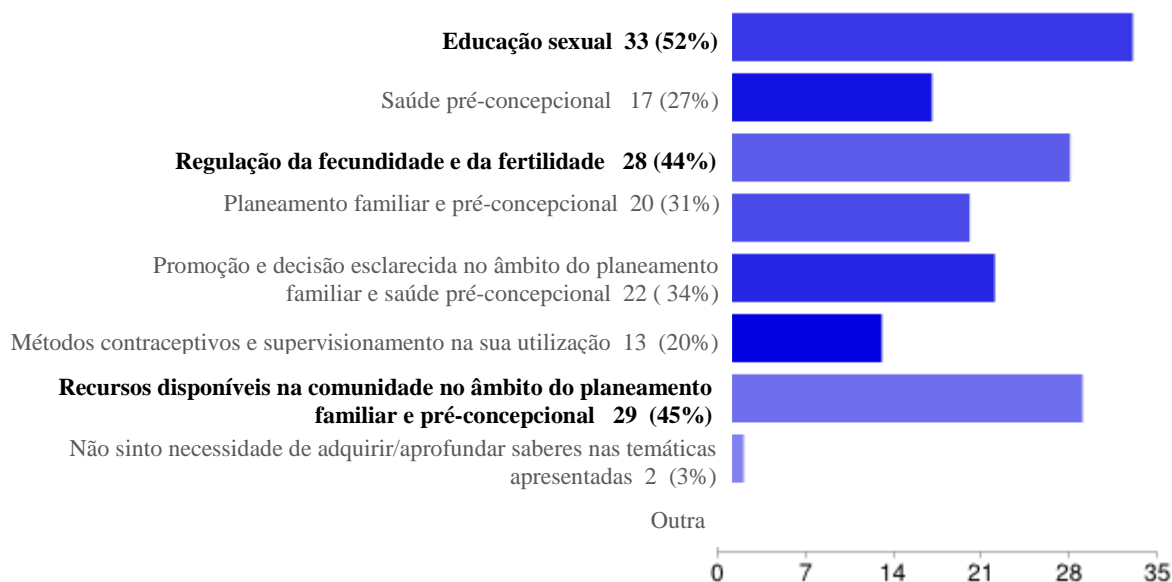


Gráfico nº 50. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: conhecimentos para melhor assistir e promover a saúde da mulher na vivência dos processos de saúde/doença, nas problemáticas da sexualidade/planeamento para a família e no período pré-concepcional.

A leitura e análise do Gráfico nº 50, referente à questão nº 8, revela que a temática: *educação sexual*, com a expressão de 33(52%) Enfermeiros, é a mais referida, seguida da temática: *recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional*, manifestada por 29(45%) Enfermeiros, e pela temática: *regulação da fecundidade e da fertilidade* mencionada por 28(44%) Enfermeiros, revelam que a educação sexual associada à regulação da fecundidade e do planeamento da família ainda são áreas interventivas do Enfermeiro em que ele sente dificuldade em estar à altura das necessidades da população que assiste.

A educação sexual dum pessoa deve começar o mais cedo possível e ocorrer de maneira contínua, através dum postura assumida pelos pais, ou pessoa significativa, e ser complementada na escola e pelos profissionais de saúde. A sexualidade, apresentada pelo viés da auto-estima, deve estar presente nas intervenções dos Enfermeiros, ou outros profissionais de saúde, quer se esteja a realizar uma consulta individual, numa intervenção de promoção de saúde nas escolas, ou em grupo na comunidade (Castro et al., 2004).

As temáticas, *planeamento familiar e pré-concepcional* referida por 20(31%) Enfermeiros e a *promoção e decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional*, dita por 22(34%) Enfermeiros, deverão ser assunto a abordar numa explanação sobre educação sexual, principalmente durante a adolescência e idade reprodutiva.

Questão nº 9. No âmbito da FORMULAÇÃO DIAGNÓSTICA PRECOCE para a PREVENÇÃO de COMPLICAÇÕES na SAÚDE da MULHER, no que se refere: à saúde sexual; ao planeamento para a família e durante o período pré-concepcional, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

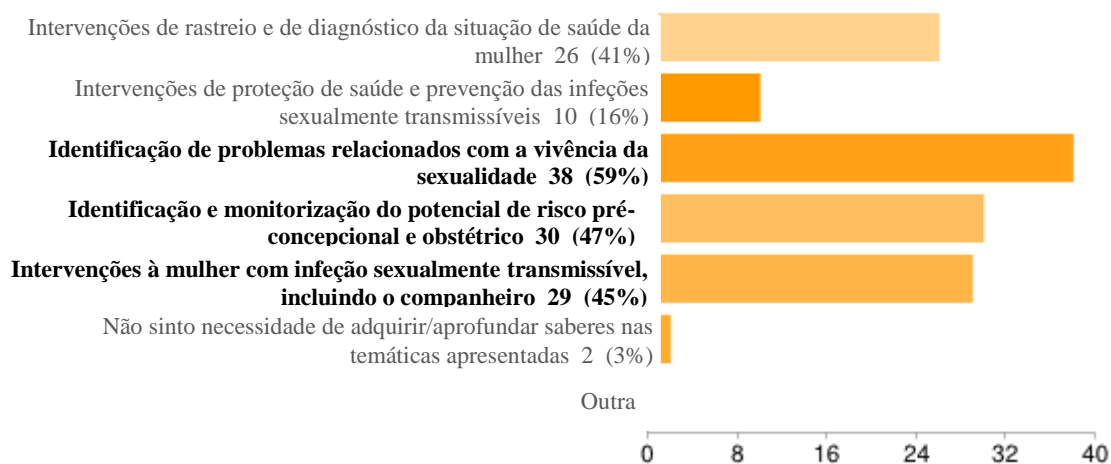


Gráfico nº 51. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: diagnóstico precoce/prevenção de complicações na saúde da mulher.

A leitura e análise do Gráfico nº 51, referente à questão nº 9, demonstram que os Enfermeiros, sujeitos do estudo, sentem necessidade de ter mais conhecimentos e desenvolverem competências nas temáticas: *identificação de problemas relacionados com a vivência da sexualidade*, mencionada por 38(59%) Enfermeiros. Em valoração similar, foram aludidas as temáticas: *identificação e monitorização do potencial de risco pré-concepcional e obstétrico*, referido por 30(47%) Enfermeiros; *intervenções à mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo o companheiro*, mencionada por 29(45%) Enfermeiros e *intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher*, equacionada por 26(41%) Enfermeiros. As necessidades de formação mencionadas decorrem da fraca referência às temáticas, pois durante a sua formação académica e profissional o Enfermeiro estudou nas obras de referência da área da enfermagem, onde as explicações sobre o desenvolvimento sexual humano geralmente dão aportes da fundamentação biológica do processo da conceção. Embora o determinismo biológico marque o sexo do ser humano, a abordagem da sexualidade, a partir do conceito do papel sexual que remete à expressão da sexualidade, da identidade sexual de cada pessoa não pode ser descurada.

Ao longo dos tempos, as diferenças existentes entre os sexos fundaram noções de desigualdade entre homens e mulheres, colocando as mulheres em situação vulnerável à força e razão masculina. A sexualidade, como forma de expressão natural do ser humano, embora ainda pouco valorizada na prática clínica, já vai sendo manifestada pelos seus clientes, logo os Enfermeiros e demais profissionais de saúde confrontam-se como prestar mais adequadamente e com qualidade a sua intervenção profissional. Assim, importa considerar a sexualidade, na sua dimensão exclusivamente humana, na qual interagem os fenómenos do prazer, emoção, afetividade e comunicação, merecendo tratamento numa equipa multifacetada e multidisciplinar (Souto e Souza, 2004: 403).

As questões sobre sexualidade, são eixos fundamentais da intervenção do Enfermeiro, que deve estar habilitado; a identificar problemas relacionados com a vivência sexual das mulheres; a estabelecer uma relação vinculativa com a sua cliente que facilite a abordagem do tema sexualidade, da sexualidade feminina; a monitorizar a sua saúde visando o bem-estar e diminuição de risco concepcional, gravídico e obstétrico. Nesta esfera de ação, nas últimas décadas, o Enfermeiro lida com a prevenção e controlo das infeções sexualmente transmissíveis (IST's), mas por vezes tem que agir no âmbito da denominada prevenção terciária, com a mulher infetada e o seu companheiro. Neste âmbito, o Enfermeiro atua visando limitar a progressão da doença, prevenindo recorrências e promovendo o tratamento da pessoa (a reabilitação física e mental) e controlar a propagação da infeção (Sy e Long-Marin, 1999).

O Enfermeiro, tem que estar capacitado para poder garantir o auxílio cuidativo, e até o encaminhamento psicossocial, das mulheres portadoras de IST (como é o caso da SIDA), bem como apoiar os seus familiares, no sentido que a mulher se capacite para lidar com a patologia e em como não ser um veículo de transmissão para outros (Hale, 1999).

Questão n° 10. No âmbito da PROVIDÊNCIA de CUIDADOS de SAÚDE à MULHER com: disfunções sexuais; problemas de fertilidade; infeções sexualmente transmissíveis e mutilação genital feminina, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

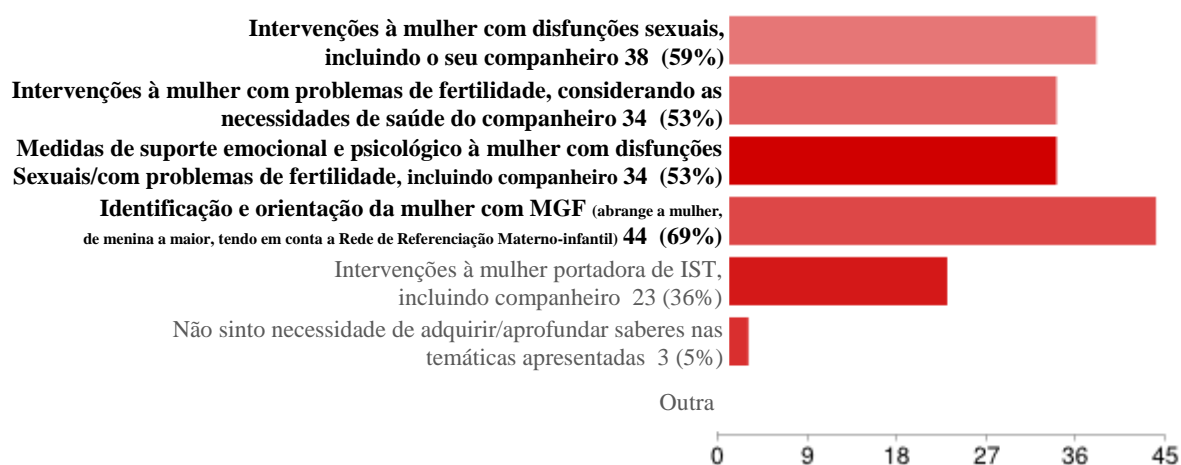


Gráfico n° 52. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: providência de cuidados de saúde à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade, infeções sexualmente transmissíveis ou mutilação genital feminina.

A leitura e análise do Gráfico n° 52, referente à questão n.º 10, demonstra que 44(69%) Enfermeiros, sujeitos do estudo, referem que necessitam de adquirir saberes sobre *identificação e orientação da mulher com Mutilação Genital Feminina (MGF)*, em que saber proceder clinicamente e socialmente perante a mulher e menina em risco ou perigo de ser submetida à tradição do corte dos genitais. A MGF compreende “*todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total da genitália externa feminina ou outros danos aos órgãos genitais femininos, seja por razões culturais ou do foro não terapêutico*” (OMS, 1997: 3). Estima-se, que esta prática já tenha vitimado 130 milhões de mulheres e crianças, sendo que anualmente este número sofre um acréscimo na ordem dos dois milhões de vítimas, de acordo com a instituição supracitada. Esta prática nefasta, é reconhecida como uma grave violação dos direitos humanos das mulheres de todas as idades, logo um grave problema social que assenta em questões de discriminação e estigmatização com base no género, enraizadas em assimetrias de poder, refletindo uma das muitas formas de violência contra as mulheres. A MGF, enquanto prática tradicional,

acompanha as populações migrantes, tornando-se numa preocupação de muitos países europeus (onde Portugal se inclui) que acolhem estas populações, que podem ser oriundas de cerca de 50 países (Lisboa et al., 2015: 19).

Em Portugal, a MGF é crime público. Existe uma Plataforma de Dados da Saúde (PDS) onde os médicos, que são os profissionais de saúde que lhe têm acesso, têm que sinalizar as mulheres com MGF.

Segundo a secretária de Estado Teresa Morais, durante a apresentação do estudo referido, até maio de 2015, estavam sinalizados 63 casos que correspondiam essencialmente a casos detetados na área da grande Lisboa. Situação que é entendida quando se sabe que os profissionais de saúde não estão, na sua globalidade, informados sobre esta tradição e características da população praticante, para terem uma atitude proactiva na detecção de casos. As Escolas Superiores de Saúde e as Escolas Superiores de Enfermagem têm vindo na última década a integrar a temática da MGF, como conteúdo programático dos seus Planos de Estudos dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem, assim como na região de Lisboa e Vale do Tejo, com a orientação governamental da Comissão de Igualdade de Género, foram realizados três Cursos de Pós-graduação em Saúde Sexual e Reprodutiva: Mutilação Genital Feminina, que abrangeu profissionais de saúde como médicos, Enfermeiros, psicólogos e sociólogos das instituições da Grande Lisboa e Península de Setúbal. Situação que induziu a detecção da maioria dos casos submetidos na PDS. Neste sentido, importa dar continuidade à formação dos profissionais de saúde mas também estender a outros, como por exemplo, as forças policiais, assim como alargar o raio de formação na geografia do país.

No que concerne às opções sobre: a *intervenção à mulher com disfunções sexuais* manifestado por 38(59%) Enfermeiros; ou *com problemas de fertilidade*; ou *sendo portadora de IST*, referido igualmente por 34(53%) Enfermeiros, mais saber sobre as *medidas de suporte emocional e psicológico a serem dirigidas à mulher com disfunções sexuais e ou com problemas de fertilidade* referido po 34(53%) Enfermeiros, sendo todas as permissas na perspetiva da inclusão do companheiro, induz que existe preocupação significativa em deter competências específicas e adequadas à realidade contemporânea para melhor cuidar da mulher e do seu companheiro em prol da família saudável.

9.1.3.2. Gravidez

A gravidez é um processo bem definido no tempo, circunscrito entre a concepção e o nascimento. Durante a gravidez profundas mudanças somáticas e psicológicas se repercutem no comportamento da mulher, situação que tem repercursões nas pessoas que a rodeiam (Correia, 1998: 366).

A promoção da saúde das comunidades é um objetivo global dos governantes de um país, pelo que a saúde das pessoas, evidenciando-se a das mulheres resulta numa família mais saudável e famílias saudáveis traduzem uma comunidade saudável logo um país saudável que economicamente tem ganhos nas despesas relacionadas com a morbilidade.

Prevenir custa menos, em vários aspectos: humano, físico, psicológico e económico. Consciente destes paralelismos, o governo português, à semelhança de outros, promove a vigilância da mulher no que concerne ao planeamento familiar e vigilância da gravidez gratuitamente.

Os cuidados de saúde primários, enquanto serviços de proximidade, assim como as outras entidades parceiras, enquanto conhecedoras profundas das realidades locais, principalmente dos grupos populacionais mais vulneráveis, detêm competências assumidas e reconhecidas na gestão da saúde do casal.

Em Portugal é reconhecido que a saúde reprodutiva constitui uma prioridade, pois importa capacitar as mulheres e os homens, num momento particularmente exigente, para a formação da família saudável. Os Enfermeiros devem deter saber científico e competências ajustadas a uma intervenção de qualidade e excelência às mulheres e, por inerência às pessoas que a rodeiam.

As questões formuladas no questionário para recolher as necessidades de formação na área da Gravidez foram as Questões nº 11, 12 e 13, que se apresentam:

Questão n.º 11. No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER durante o período pré-natal e/ou situação de abortamento, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

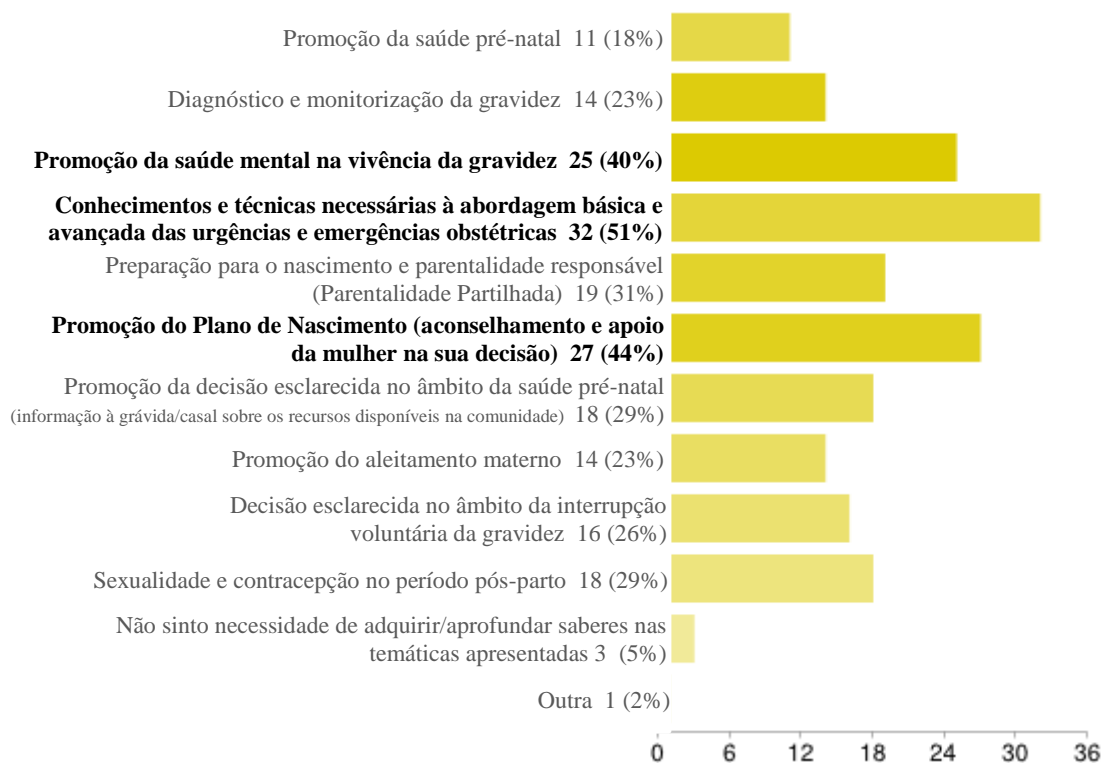


Gráfico nº 53. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal e/ou situação de abortamento.

A leitura e análise do Gráfico nº 53, referente à questão nº 11, dá conhecimento que 32(51%) Enfermeiros gostavam de adquirir mais *conhecimentos* e desenvolver *técnicas necessárias à abordagem básica e avançada das urgências e emergências obstétricas*, o que se torna bem perceptível pois numa urgência obstétrica muitas situações se podem desenhar, nomeadamente do foro ginecológico e obstétrico que devem ser cuidadas por profissionais especialistas na área mas se pensarmos que a grande maioria dos Enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência geral e alguns nos serviços de urgência obstétrica são Enfermeiros qualificados com o curso de licenciatura em enfermagem, que por si só não lhes confere competência para atuar em determinadas problemáticas da mulher, como é o exemplo da realização de Suporte Básico de Vida (SBV) a uma grávida. Designadamente, trata-se de uma situação da mulher que lhe trás especificidades, muitas vezes desconhecidas por estes profissionais de saúde, embora os dados nacionais e internacionais alertam para a necessidade da formação em SBV e mesmo a Desfibrilhação Automática Externa à maioria dos cidadãos possível, mais especialmente aos profissionais de saúde que aquando da sua formação básica não tiveram esta temática nos seus conteúdos programáticos.

O SBV consiste num conjunto de procedimentos bem definidos e com metodologias padronizadas que objetiva reconhecer as situações de risco de vida eminente, sabendo quando e como pedir auxílio assim como iniciar de imediato e sem outro recurso, nomeadamente de equipamento técnico as manobras que contribuam para preservar a oxigenação e circulação na pessoa até à chegada das equipas de profissionais diferenciados para o eventual restabelecimento do normal funcionamento cardíaco e respiratório da pessoa (INEM, 2011). A título de exemplo quando necessário o SBV a uma grávida (especificamente com uma gravidez \geq a 20 semanas deve-se elevar ligeiramente o seu quadril direito com um travesseiro/seu substituto para evitar a pressão sobre a veia cava inferior e compressões sobre o útero gravídico. Este protocolo é também seguido para pessoas obesas, mas a grávida que se apresenta pode não ser obesa e por isso não ser activado o protocolo adequado (Costa et al., 2012).

Os sujeitos do estudo, nomeadamente 27(44%) Enfermeiros, referiram também, a necessidade de formação sobre como promover o *Plano de Nascimento*, que inclui o planeamento do parto e nascimento num decurso que se quer normal e humanizado. Consiste num documento escrito, de carácter legal, em que a mulher enquanto grávida e depois de receber informação sobre gravidez e o processo de parto, considera com base nos seus valores e desejos pessoais (além das expectativas que normalmente vai criando ao longo da sua gravidez) quais são as suas preferências, em caso do seu parto decorrer de forma normal e o serviço de saúde detenha meios para lhe proporcionar. Concretamente, o plano de parto e nascimento é o eixo da relação clínica estabelecida entre a grávida e o Enfermeiro ou o parteiro e deve servir para orientar a atenção de saúde prestada pelos profissionais de saúde ao longo de todo o processo (Cortés et al., 2015). Segundo o estudo efetuado pelas mesmas autoras (2015: 6) a/o enfermeira/o especialista em saúde materna e obstétrica que está na consulta de saúde materna ao nível dos cuidados de saúde primários é a/o profissional mais habilitado para acompanhar a mulher na elaboração deste documento. Compreende-se que os Enfermeiros de cuidados gerais, portanto licenciados possam ter referido esta necessidade de formação, pois ainda são eles que estão em grande parte das consultas de saúde materna no nosso país, para além de que alguns dos Enfermeiros/as especialistas possam não ter usufruído de formação neste contexto durante a sua formação académica de especialista, dado ser um documento que emergiu na última década. A menção de necessidade de formação na área da promoção da saúde mental na vivência da gravidez manifestada por 25(40%) dos Enfermeiros é vista como relevante face aos desafios que os Enfermeiros enfrentam quando cuidam de grávidas/puérperas com afeções mentais.

Muitas são as grávidas adolescentes, toxicodependentes, com patologias decorrentes de stresse decorrente de pressão social, violência... acrescentando as alterações que decorrem

normalmente após o parto, como as depressões pós-parto que podem já advir das vivências antes ou durante a gravidez.

Cada mulher, cada grávida, cada família é um caso, logo as especificidades de cada pessoa devem ser analisadas no decurso de uma relação terapêutica estabelecida, eficiente entre o Enfermeiros e a mulher, companheiro e família. Para tal o Enfermeiro deve estar capacitado de conhecimentos teóricos e da evidência científica para atuar em conformidade através dum processo diagnóstico (de enfermagem) ajustado e promotor de resultados esperados devidamente estabelecidos. Segundo o estudo, de revisão integrativa de literatura de Guerra et al (2014) emerge a necessidade de incrementar conhecimentos nos Enfermeiros sobre a problemática da saúde mental na grávida/puérpera, quer na compreensão dos fenómenos que a afetam, quer nas estratégias que se podem usar e que promovem a saúde mental destas. Neste contexto, da saúde mental da grávida/puérpera, o Enfermeiro tem um papel privilegiado na identificação, suporte e referência destas para profissionais mais capacitados para o seu cuidado como é o caso dos Enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, seguindo o preconizado pelo Ministério da Saúde (2006) através do Manual de Orientação para Profissionais de Saúde.

Questão nº 12. No âmbito do DÍAGNÓSTICO PRECOCE e na PREVENÇÃO de COMPLICAÇÕES na SAÚDE da MULHER durante: o período pré-natal e/ou situação de abortamento, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

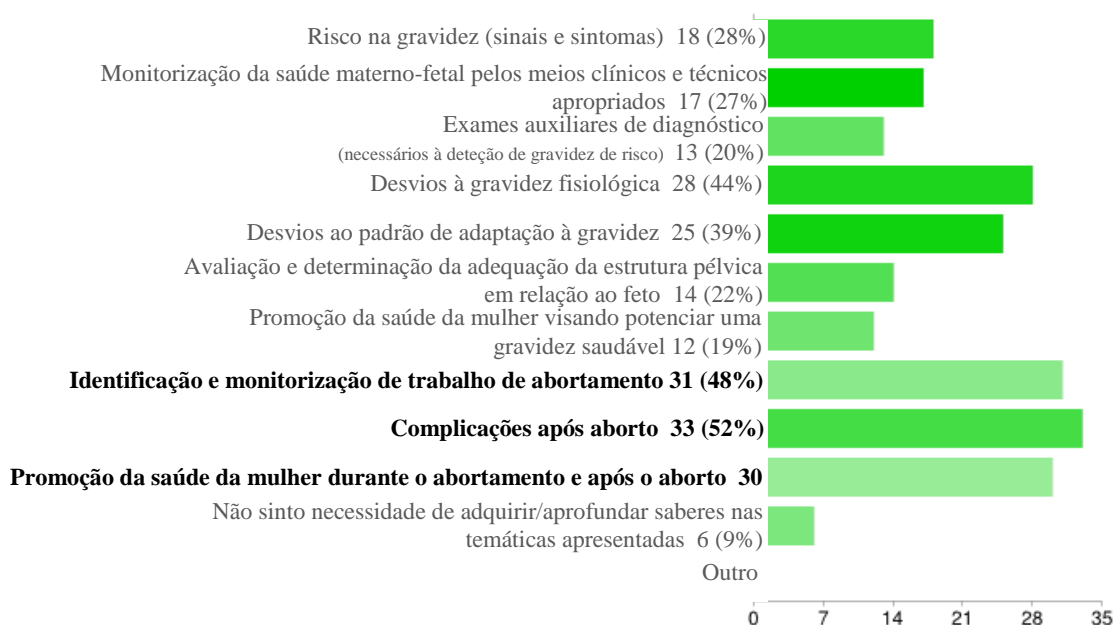


Gráfico nº 54. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: diagnóstico precoce e prevenção de complicações na saúde da mulher no período pré-natal e/ou situação de abortamento.

A leitura e análise do Gráfico nº 54, referente à questão nº 12, indica que 33(52%) Enfermeiros referem precisar de *aprofundar saberes e desenvolver competências sobre complicações após aborto*, que se associa à *identificação e monitorização de trabalho de abortamento*, referenciada por 31(48%) Enfermeiros e a *promoção da saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto*, mencionada por 30(47%) Enfermeiros.

A mulher, que está a sofrer um aborto, está a vivenciar uma experiência física que também é emocional e social, situação que requer perícia e profissionalismo, do Enfermeiro, no acolhimento da mulher (sem descurar o companheiro e família), pois o sucesso da sua recuperação tem início na sua receção hospitalar.

O estudo de Motta (2005), sobre a relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher com aborto em evolução, desenvolvido com sujeitos brasileiros, mostrou o deficitário acolhimento que os/as Enfermeiros/as fazem a este género de cliente, principalmente se o aborto for incompleto (possivelmente porque é o tipo de aborto que acontece à mulher que recorre a uma interrupção da gravidez, não medicamente assistida), conclui que os profissionais não respeitam o sofrimento da mulher, a sua individualidade e pudor, demonstrando a sua posição contra o aborto clandestino desencadeando insatisfação e constrangimento na mulher/cliente, deficitando um atendimento que se requeria humanizado e livre de preconceitos e estereótipos.

Situação, que poderia ser hipoteticamente transposta para Portugal até ao ano de 2007, altura em que o aborto foi legalizado, por referendo, e a Lei nº 16 de 17 de abril entra em vigor permitindo que seja realizada a interrupção voluntária da gravidez até às 10 semanas de gestação. Porém, embora a mulher pode fazer uma interrupção voluntária da gravidez medicamente assistida, atualmente os *Mass Média* transmitem assiduamente o assunto: aborto ilegal realizado pelas mulheres que deixam passar o prazo legal e outras porque referem ter vergonha de ir ao hospital ou centro de saúde, renegando a sua exposição social²⁹, assim como mencionam que a prática, embora esfumada, está a aumentar.

Deste modo, importa formar os profissionais de saúde sobre a realidade atual e alertar para um atendimento destas mulheres digno, eticamente correto e sem qualquer tipo de diferenciação, promovendo a aplicação da Lei e o seu pleno usufruto pelas mulheres portuguesas. Outra perspetiva, é a do acompanhamento técnico do Enfermeiro durante o processo de abortamento, que deverá ser adequado ao caso em questão, com as intervenções de enfermagem

²⁹ <http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/mulheres/ainda-ha-abortos-ilegais-em-portugal;>
http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2434071;
<http://www.pressreader.com/portugal/metro-portugal-lisbon/20150925/281608124236958/TextView>

adequadas aos diagnósticos de enfermagem levantados, sempre correlacionados com as problemáticas identificadas e validadas pela mulher. O cuidar desta mulher, pode ter vários níveis de intervenção que podem passar pelo cuidar do Enfermeiro de cuidados gerais mas que terá sempre que ser monitorizado por uma enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica/ ou médico obstetra. Com esta atitude, o Enfermeiro está a contribuir para o bom acolhimento, o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz, o cuidar holístico adequado à situação pontual da mulher visando a sua alta melhorada ou totalmente recuperada e encaminhada para o Enfermeiro e médico de família.

Pois, o atendimento global eficaz da mulher/companheiro e família, promove a saúde da mulher e previne complicações decorrentes do aborto, como é o caso das depressões, das hemorragias, das infeções decorrentes da retenção de produtos da concepção... nomeadamente, todas as situações que o Enfermeiro tem de saber identificar através dos sinais e sintomas que a mulher possa apresentar.

Uma anamnese, efetuada com observação física e hematológica da mulher, pode indiciar situações problemáticas que o Enfermeiro deve estar capacitado para despistar. Mas, as intervenções dos Enfermeiros de cuidados diferenciados devem ser sempre desenvolvidas em articulação e complementariedade de funções, com as dos outros profissionais dos cuidados de saúde primários, potenciando-se assim as sinergias entre os diferentes cuidados prestados visando a obtenção de melhores resultados de saúde, numa lógica de “*processo assistencial integrado*”, que é outra lógica de cuidado que o Enfermeiro deve seguir.

Formação em *desvios à gravidez fisiológica e desvios ao padrão de adaptação à gravidez* foram mencionados, como temáticas em que necessitam de formação adicional, por 28(44%) e por 25(39%) Enfermeiros, respetivamente. Os Enfermeiros, devem ter competências para cuidar da gravidez normal, logo saberá identificar os desvios do desenvolvimento de uma gravidez e deve ter a capacidade de decisão para encaminhar para outro profissional mais credenciado para cuidar da mulher, com o desvio identificado.

Os Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, são profissionais competentes para avaliar o grau de risco de uma gravidez (ao mesmo título que os médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia), baseados nos dados que recolhem através da sua prática clínica, e avaliação dos resultados obtidos pelos exames auxiliares de diagnóstico protocolados pela Direção-Geral da Saúde e, segundo o Código Deontológico que rege a sua atividade, logo é decisor em referenciar todas as situações que, pelo seu grau de risco, ultrapassa a sua área de intervenção e competência (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Pelo que, por exemplo, o

Enfermeiro de cuidados gerais que detete, na sua consulta, algum desvio ao decurso normal de uma gravidez deve encaminhar a mulher para o profissional de saúde mais capacitado.

Numa equipa multidisciplinar, os níveis de atuação dos diferentes profissionais devem estar sinalizados e haver um protocolo de atuação dentro da equipa, serviço, instituição e em caso de maior especificidade contar com a relação interinstitucional.

As necessidades sentidas pelos Enfermeiros, sujeitos do estudo, por formação nas temáticas abordadas e nas que foram menos mencionadas no âmbito do diagnóstico e/ou prevenção de complicações na gravidez revelam a carência existente de Enfermeiros com a especialidade de saúde materna e obstétrica no distrito de Setúbal e que as consultas de enfermagem na maternidade sejam efetuadas por estes profissionais. Também, se pode acrescentar que, carece uma conjuntura política, económica e social que facilite a formação contínua dos Enfermeiros licenciados na área da saúde materna e obstétrica.

Questão nº 13. No âmbito da PROVIDÊNCIA dos CUIDADOS à MULHER para facilitação da sua adaptação durante o período pré-natal e/ou situação de abortamento, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

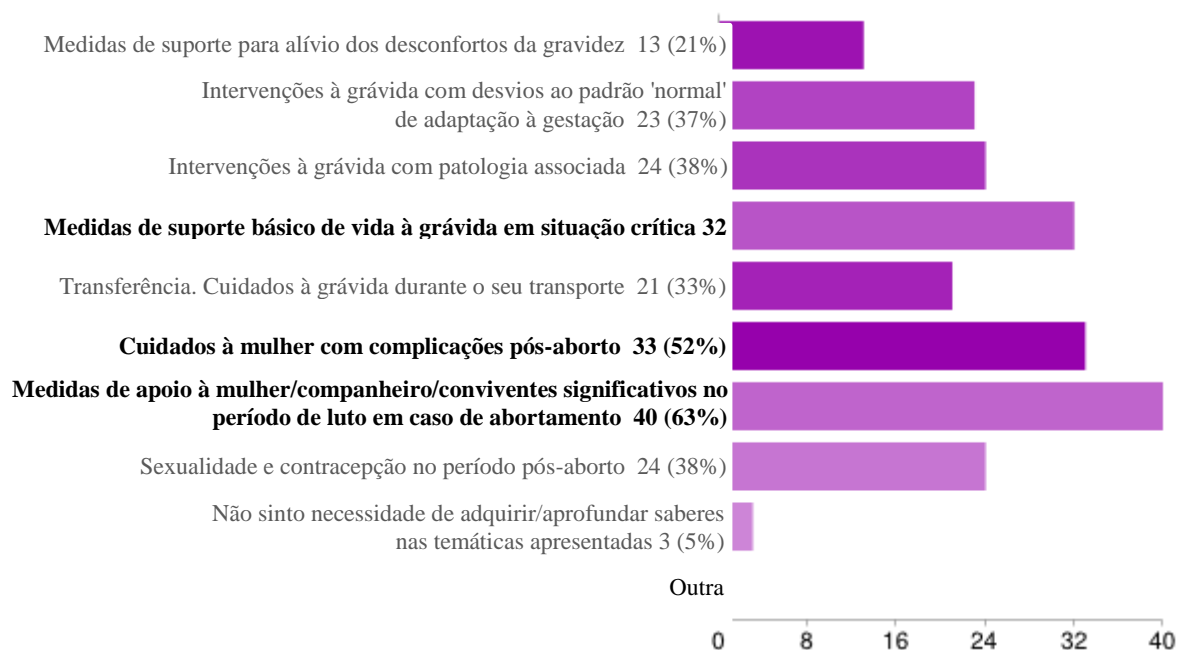


Gráfico nº 55. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: providência de cuidados à mulher para facilitação da sua adaptação durante o período pré-natal e/ou situação de abortamento.

A leitura e análise do Gráfico nº 55, referente à questão nº 13, demonstra que 40(63%) Enfermeiros referem sentir necessidade de formação continua em *medidas de apoio à mulher/companheiro/conviventes significativos no período de luto em caso de abortamento*, situação que é uma intercorrência frequente na gravidez, embora culturalmente a sua importância tenda a ser minimizada. Contudo para a mulher (companheiro e família) reverta num processo de luto de difícil realização, pois levanta o véu para reações de depressão e uma procura compulsiva de novas gravidezes o que se revela num foco de atenção para os Enfermeiros e outros profissionais de saúde que cuidam destas mulheres e procuram intervir para minimizar as sequelas e acelerar a vivência do luto. Ações de enfermagem que levam à necessidade dos Enfermeiros quererem ter mais conhecimentos sobre o assunto para melhor e adequadamente agirem. Segundo o estudo, sobre a repercussão emocional do aborto espontâneo de Assunção (2003: 5) a intervenção do Enfermeiro tende a ser complexa porque verificou que “*no ambiente hospitalar a mulher é tratada com indiferença, sem o apoio devido a ser prestado no momento em que ela se encontra vulnerável e depressiva*”.

Um casal grávido, visualiza a sua gravidez como a possibilidade de vida, de crescimento da família e jamais coloca a hipótese de morte (a não ser nos casos em que há condições de risco conhecidas). Perante o complexo de factores psicológicos que compõem a dinâmica pessoal das grávidas, do impacto da perda do filho esperado e as consequentes reações de luto, releva a fundamental importância no tipo de cuidado prestado pelo Enfermeiro que compartilha, inevitavelmente, o sofrimento do casal e reconhece a sua dificuldade em aceitar facto, pois esta atitude favorecerá a elaboração do sentimento de perda e o processo de luto. Por esta razão é importante que os Enfermeiros estejam capacitados para serem suportes da angústia dos outros a seu cuidado através do estabelecimento de uma relação terapêutica dirigida e personificada a cada um dos progenitores e ao casal enquanto unidade familiar. Importa referir que não é só necessário um Enfermeiro competente para este tipo de ação, concomitantemente tem que haver um suporte de apoio aos Enfermeiros, pois são também pessoas que precisam de refletir, discutir os seus próprios sentimentos em relação à/s perda/s vivenciada/s.

A formação de grupos de reflexão, entre profissionais, assim como a existência de apoio psicológico disponibilizado pela instituição empregadora, seria o mínimo expectável. Necessidades de formação em relação aos *cuidados à mulher com complicações pós-aborto* são referidas por 33(52%) Enfermeiros, pois sabem que é de fundamental importância que saibam identificar sinais e sintomas de aborto e quais as suas implicações na saúde da mulher, para poderem atuar com um cuidado em conformidade, dado que as sequelas podem ser de vários foros, evidenciando-se o físico e o psicológico. Trata-se de um ato que pode provocar lacerações do colo uterino, perfuração do útero, hemorragia uterina, infeção uterina, entre outras (Correia, et al., 2011). Dentro das

alterações do cunho psicológico e emocional podem desencadear sentimentos de tristeza, de desejo de ter o filho vivo, de medo, de culpa, de luto... (Gesteira, et al., 2006). Por outro lado, as complicações decorrentes do aborto podem ter consequências graves com que o Enfermeiro tem que saber lidar, como a título de exemplos: se a mulher tem uma hemorragia uterina ela pode desencadear hipovolémia e entrar em estado de choque que lhe pode ser fatal; se a mulher tem uma infecção uterina que pode levar a uma sépsis, situação que também é grave e pode levar à morte da mulher.

Sobre a necessidade de formação em *medidas de suporte básico de vida à grávida em situação crítica*, referida por 32(51%) Enfermeiros, podemos correlacionar com a necessidade manifestada, também, por 32(51%) Enfermeiros, sobre os *conhecimentos e técnicas necessárias à abordagem básica e avançada das urgências e emergências obstétricas* na questão nº 11 relacionada com a promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal e/ou situação de abortamento, dado que em ambas as situações os Enfermeiros tem que estar capacitados para atuar em SBV e Desfibrilhação Automática Externa

9.1.3.3. Parto

Questão nº 14. No âmbito da PROVIDÊNCIA dos CUIDADOS que visam a SAÚDE da MULHER e do seu RECÉM-NASCIDO relacionados com o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações na Mulher, Feto e/ou Recém-nascido, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

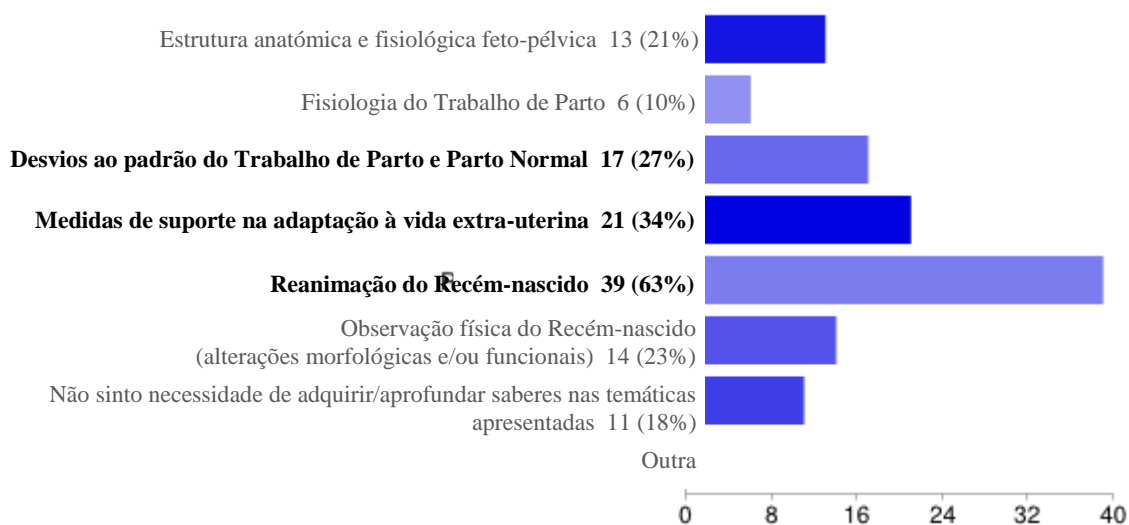


Gráfico nº 56. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: providência dos cuidados que visam a saúde da mulher do feto e/ou do recém-nascido no âmbito do diagnóstico precoce e da prevenção de complicações.

A leitura e análise do Gráfico nº 56, referente à questão nº 14, dá a conhecer que 39(63%) Enfermeiros, referem sentir necessidade de formação contínua sobre reanimação do recém-nascido, facto que alude a uma competência específica do Enfermeiro. Segundo Guinsburg e Almeida, (2011), um em cada dez recém-nascidos necessita de assistência para iniciar a respiração ao nascer. Um em cada 100 recém-nascidos, necessita de entubação nasotraqueal e/ou massagem cardíaca e um em cada 1000 recém-nascidos, necessita de entubação nasotraqueal, massagem cardíaca e medicação. Embora, a maioria das crianças nasçam com boa vitalidade, não é indicador de que não necessitem inesperadamente de manobras de reanimação neonatal, pelo que os Enfermeiros que atendem os recém-nascidos devem ter essa competência. Neste contexto, importa que os Enfermeiros saibam ter uma sala aquecida (com mesa de reanimação de recém-nascido aquecida) e preparada com o equipamento necessário, saber identificar hipóxia no recém-nascido (a maior parte das situações de hipóxia do recém-nascido ocorrem durante a gravidez, o trabalho de parto e parto, assim como depois do nascimento), para prestar cuidados emergentes de reanimação. Os Enfermeiros, sabem identificar o Índice de Apgar, que consiste num método de avaliação sistemática do recém-nascido que se efetua logo após o parto (ao 1º, 5º e 10º minuto de vida são avaliados sinais como a frequência cardíaca, a respiração, o tónus muscular, os reflexos e a cor da pele através da atribuição de nota de 0 a 2 pontos, somando um total de 10 pontos) e que avalia as condições fisiológicas e a capacidade de resposta do recém-nascido induzindo à identificação de cuidados especiais, entre eles os que necessitam de ser reanimados como se pode ver no Quadro nº 55.

	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	Lenta (< 100bpm)	rápida (> 100bpm)
Respiração	Ausente	Lenta, irregular	Forte, choro
Tonus muscular	Flácido	Flexões nas extremidades	Movimento ativo
Irritabilidade reflexa ao cateter nasal	Sem resposta	Careta	Tosse, espirro
Cor da pele	Cianose central / palidez	Corpo rosado, cianose nas extremidades	Corpo e extremidades rosados

Quadro nº 55. Cálculo do Índice de Apgar Neonatal (Adaptado de OMS, 1965).

Foram mencionadas necessidades de formação *em medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina* por 21(34%) Enfermeiros, que corresponde ao processo de adaptação do recém-nascido, e que medidas os Enfermeiros podem usar para melhor cuidar o recém-nascido

neste processo de ambientação ao mundo exterior. Assim, o sistema respiratório, o sistema cardiovascular e a temperatura do recém-nascido podem ser influenciados por factores de risco, principalmente devido a problemas maternos (Dourado et al., 2007). Os principais problemas que o RN apresenta logo após o nascimento são normalmente: taquipnéia transitória, doença da membrana hialina, síndrome de aspiração de mecónio, hipotermia, hipoglicemia e icterícia (Teixeira, et al., 2007). Todas, são situações em que o Enfermeiro pode intervir, logo a aquisição de conhecimentos científicos torna-se imprescindível para poder prestar uma assistência neonatal com qualidade e excelência.

A necessidade de formação sobre os *desvios ao padrão do trabalho de parto e parto normal* mencionada por 17(27%) Enfermeiros, sujeitos do estudo, está muito correlacionada com os profissionais de saúde que trabalham em serviço de urgência obstétrica, pelo que se entende a sua necessidade em aprofundar conhecimentos para prevenir as situações que possam desviar um trabalho de parto e/ou um parto do seu percurso normal, para assim diminuir o número de partos distócicos com recurso à instrumentalização e a fármacos, porque as boas práticas obstétricas respeitam os processos fisiológicos e a dinâmica de cada nascimento, evitando excessos e utilizando criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis (Schneck e Riesco, 2006). O parto é normal quando o seu início é espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento, no qual a criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e 42 semanas completas de gravidez, e em que a mãe e o bebé se apresentam em boas condições depois do parto (FAME, 2007; WHO, 1996), logo toda a situação que possa desviar-se destes parâmetros podem ser patológicas e levarem à situação distócica do parto, como é o caso dos forcéps, da ventosa e da cesareana que são necessárias recorrer para viabilizar o feto preservando o bem-estar dele e da mãe o melhor possível.

Questão nº 15. No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER durante o Trabalho de Parto e a optimização da adaptação do Recém-nascido à vida extra-uterina, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

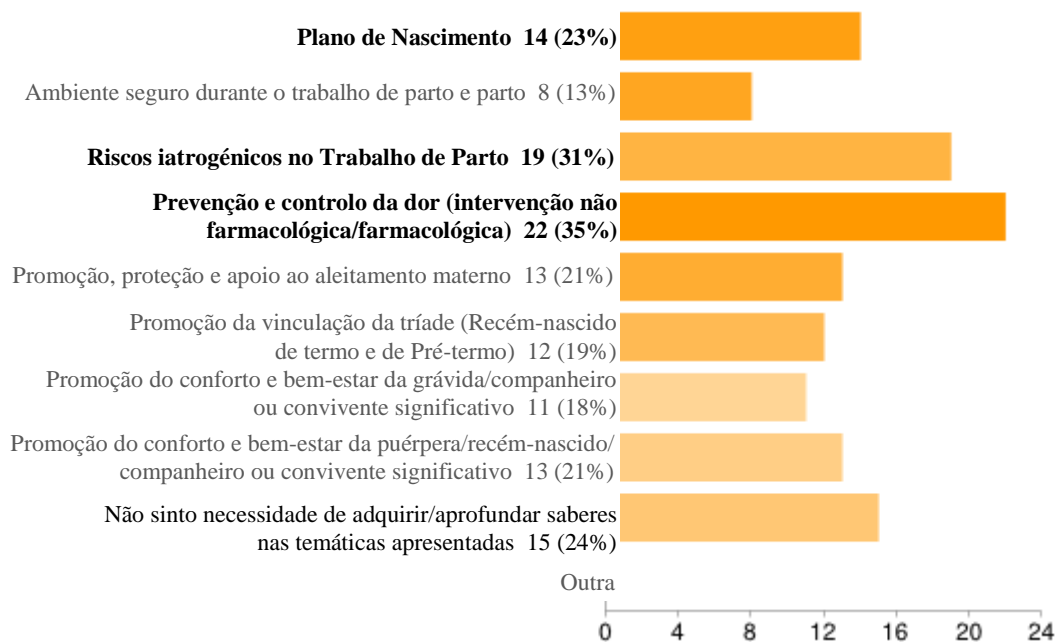


Gráfico n° 57. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e a optimização da adaptação do recém-nascido à vida extar-uterina.

A leitura e análise do Gráfico n° 57, referente à questão n° 15, evidencia que 22(35%) dos Enfermeiros, sentem necessidade de formação contínua na *prevenção e controlo da dor do trabalho de parto através da intervenção não farmacológica e da intervenção farmacológica*. A experimentação da dor, durante o trabalho de parto, principalmente pela mulher primípara, aquela que vive pela primeira vez o acto de parir e que para si a dor é vista como um agente nocivo do qual o organismo se quer defender, leva a sentimentos diferenciados. A dor de parto, não é uma dor imaginária, é universal e vivida por mulheres em todas as culturas, raças e civilizações independentemente da formação socioeconómica e intelectual (Ramanathan, 1995). É um “fenómeno associado ao processo de nascimento que pode causar preocupação e medo à mulher durante o período da gravidez, sendo considerada difícil de suportar quando é vivida, porém, tende a ser esquecida quase que de forma imediata após o nascimento” (Barros, 2006: 11). Embora, algumas mulheres consideram que “é a pior dor sentida e, muitas vezes, superior ao que esperavam” (Costa et al., 2003: 775). A dor, resulta de interações complexas de carácter inibitório e excitatório, e embora os mecanismos sejam semelhantes aos da dor aguda, denotam-se a existência de factores específicos, correlacionados com a dor do trabalho de parto, que é de natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica, que interferem no limiar da dor sentida (Drummond, 2000). E é através da manutenção do equilíbrio emocional vivenciado durante o trabalho de parto, que se torna fundamental equilibrar também os níveis de adrenalina que estão altos, o sistema nervoso simpático que fica ativado e provoca o aumento dos níveis

plasmáticos das hormonas responsáveis pela libertação de corticotrofinas, adenocorticotróficas e do cortisol, dando provas de que o stresse é um mecanismo biológico adaptativo e de defesa. Logo, a intervenção cuidativa dos Enfermeiros, que vise diminuir o nível de stresse e ansiedade da parturiente, é bem recepcionada. Elas podem ser farmacológicas, aquando da intervenção interdependente dos Enfermeiros, mas muito mais eficazes quando são intervenções autónomas, não farmacológicas que, são (ou não) associadas às farmacológicas, e que podem auxiliar a parturiente no alívio da dor de trabalho de parto, como é o caso da preparação para o nascimento pelo método Lamaze, é o caso da dilatação decorrer dentro de água, do uso da bola de Pilates... mas também, de outras medidas ditas alternativas com é são exemplo a acupuntura, a hipnose, a acupressão...

Quanto aos *riscos iatrogénicos no trabalho de parto*, foi uma temática mencionada por 19(31%) Enfermeiros, sujeitos do estudo, como sentida necessária aprofundar conhecimentos. Ocorrência iatrogénica, é aquela que é provocada pela equipa de saúde de forma indesejável e que prejudica a pessoa alvo dos cuidados. Logo, o Enfermeiro pode intervir e inesperada e inadvertidamente provocar uma ocorrência iatrogénica, neste caso à parturiente ou feto/recém-nascido. Os atos iatrogénicos aumentam o sofrimento da pessoa/cliente, causam danos psíquicos, farmacológicos e instrumentais que podem causar sequelas irreversíveis e em situações major provocar a morte (Galdino e Nunes, 2000). Sendo que a assistência de enfermagem pode levar a situações de iatrogenia, importa que os Enfermeiros sejam alertados para a situação prevenindo a sua ocorrência (Nascimento e Souza, 1997). Esse alerta pode ser realizado através de um levantamento e análise de possíveis situações elaboradas e hipoteticamente acontecidas que sirvam para aprofundar o estudo dos seus desencadeamentos, visando a prevenção da ocorrência iatrogénica. Assim, alertar para os riscos iatrogénicos que possam ocorrer durante um trabalho de parto, é conteúdo programático importante, que deve integrar o plano de estudos de uma formação contínua sobre o parto.

O Plano de Nascimento, também denominado por Plano de Parto, consiste na informação da grávida e companheiro, aos demais profissionais de saúde, sobre a forma como idealizam e preferem que decorra o seu trabalho de parto. Temática, referida por 14(23%) Enfermeiros, a integrar o plano de formação continua sobre o tema parto, pois o plano de nascimento é um documento escrito pela grávida e companheiro que deve refletir os seus desejos e expectativas para o momento do parto. Documento, que serve de guia aos profissionais de saúde que assistem a grávida no Bloco de Partos. Este testemunho, que se refere aos procedimentos durante a admissão da parturiente, ao ambiente e identificação do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, dos procedimentos durante o trabalho de parto, na avaliação do bem estar-fetal, dos métodos para alívio da dor, dos procedimentos durante o período expulsivo, do nascimento da

criança e da estadia na instituição hospitalar, tem uma apresentação de permissas a que a grávida assinala com cruz numa opção positiva ou negativa (sim, não) e deve ser realizado entre as 28 e as 32 semanas de gestação e comentado com o Enfermeiro que presta o acompanhamento da gravidez visando a análise das permissas descritas pelos progenitores e sua aplicabilidade na instituição pensada onde deverá ocorrer o parto. Este plano deve acompanhar a grávida durante todo o processo de trabalho de parto para que, uma vez avaliados os possíveis riscos, se possa adaptar as intervenções de enfermagem e outros profissionais de saúde, o mais possível aos desejos expostos no plano (Cortés et al., 2015).

Quanto ao tema do parto, as temáticas analisadas por serem as mais assinaladas, e em que os Enfermeiros sentem necessidade de formação, remanescem outras, às quais não se dedicou particular atenção, como a *promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno* e como a *promoção do conforto e bem-estar da puérpera/recém-nascido/companheiro ou convivente significativo*, referidas em igual proporção por 13(21%) Enfermeiros, mais a temática *promoção da vinculação da tríade (Recém-nascido de termo e de Pré-termo)* indicada por 12(19%) Enfermeiros, a temática *promoção do conforto e bem-estar da grávida/companheiro ou convivente significativo* mencionada por 11(18%) Enfermeiros e a temática *ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto* aludida por 8(13%) Enfermeiros) é importante dizer que 15(24%) Enfermeiros não sentem necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas como opção para adquirirem formação no âmbito da *promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e a optimização da adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina*. Facto, que pode significar a forte disseminação das medidas de promoção e proteção da mulher durante a gravidez, parto e puerpério quer na formação de base, quer na literatura científica profissional, quer nas directrizes governamentais, como é exemplo a Direção-Geral da Saúde-DGS e de outras diferentes entidades, como a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras-APEO e a Sociedade Portuguesa de Ginecologia-SPG e a Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetricia-FSPO.

Questão n° 16 No âmbito da PROVIDÊNCIA dos CUIDADOS à MULHER relacionada com: patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o Trabalho de Parto, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

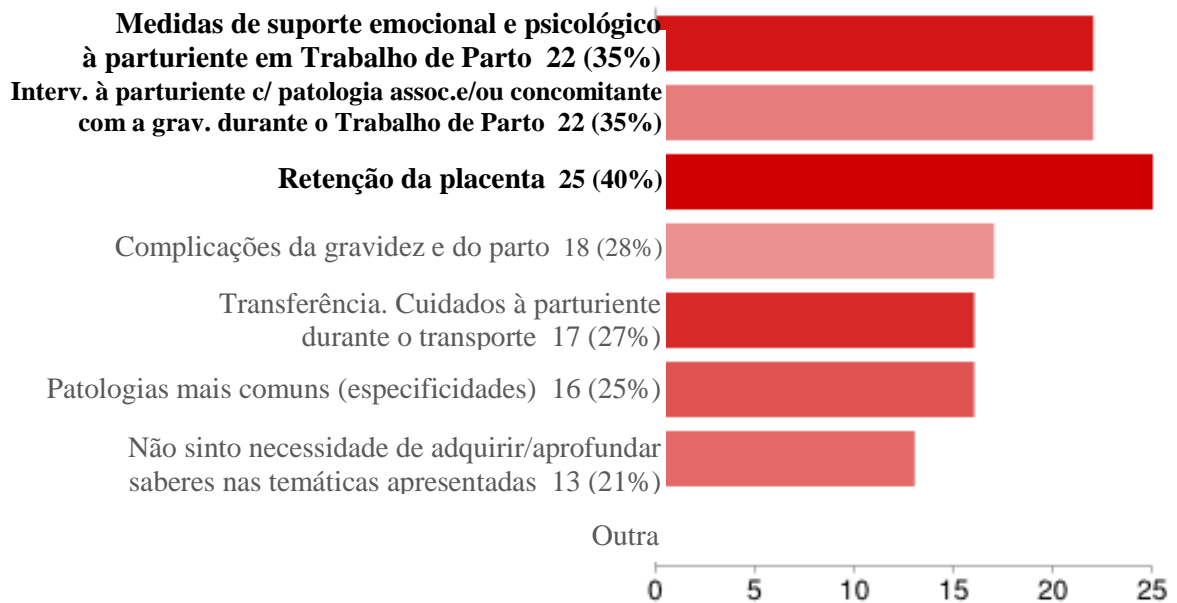


Gráfico nº 58. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: providência dos cuidados à mulher relacionada com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.

A leitura e análise do Gráfico nº 58, referente à questão nº 16, dá a conhecer que 25(40%) Enfermeiros referem sentir necessidade de adquirir conhecimentos sobre a temática *retenção da placenta*. A dequitação, é um ato fisiológico do terceiro estágio do trabalho de parto que ocorre após a expulsão do feto e compreende a expulsão espontânea dos anexos embrionários, nomeadamente a placenta, e as membranas hialinas (amnión e córion). A dequitação é uma fase do trabalho de parto, tão respeitável quanto as etapas que a antecedem, em que o Enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica deve ter uma atitude expectante e não interventiva durante 30 minutos, período considerado normal para o seu descolamento e libertação para o exterior (Lowdermilk, 2008). Por vezes este descolamento não se processa de modo espontâneo e torna-se necessária a extração manualmente ou com a ajuda instrumental. São situações raras mas que quando acontecem as causas, normalmente, prendem-se com cicatrizes provocadas por cesarianas anteriores ou abortos. Uma enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, cientificamente fundamentada e experiente sabe que a a libertação de ocitocina provoca a contração uterina, espasmo fundamental para o descolamento da placenta, concomitantemente sabe que se, nesta fase colocar o recém-nascido pele a pele com a mãe está a ajudar a ativar a libertação de ocitocina (Bobak, 1999). Ao mesmo tempo, sabe que a sua intervenção promove o vínculo afetivo entre a mãe e o filho e está a estimular a amamentação, pois o cheiro permutado entre a mãe e o filho, associado ao toque, à procura da criança pela mama promove a presença de colostro (fluido muito líquido, amarelado, quase transparente, que é produzido pela mama, antes do leite materno propriamente dito) (González, 2004). Cumulativamente é sua função alertar o

médico obstetra quando existem sinais de retenção placentar e transmitir-lhe os dados que detém da mulher, especificamente como decorreu o período de dilatação, o período expulsivo, quais os antecedentes obstétricos da mulher, para que a intervenção de descolamento e retirada da placenta seja baseada numa informação holística e detalhada. Numa situação desta natureza é importante descartar através de ecografia a possibilidade de se estar perante uma placenta acreta, que é a que invade o miométrio uterino através das vilosidades placentares, pois a sua incidência é de 1/533 gestações e nos últimos anos tem-se verificado o seu aumento que parece estar associado ao acréscimo da taxa de cesarianas (Wu et al., 2005) pois uma intervenção uterina prévia à gravidez pode constituir o principal factor de risco para alterações na formação e implantação da placenta (Bencaiova et al., 2007). Num hospital universitário português, Nunes et al. (2013) realizou um estudo sobre 3 casos de retenção placentar por placenta acreta diagnosticada durante o segundo trimestre de gestação, eram mulheres com cesarianas anteriores e com a implantação da placenta sobre a cicatriz uterina. O diagnóstico precoce de placenta acreta e a referência destas grávidas de risco para unidades hospitalares diferenciadas com cuidados terciários diminui a possibilidade de morbilidade e mortalidade fetal por disfunção placentar ou morbilidade e mortalidade materna por consequências major duma retenção placentar. As grávidas, perante esta problemática indiciam o levantamento de diagnósticos de enfermagem e decorrentes intervenções cuidativas pelo que o Enfermeiro tem que saber como cuidar holisticamente desta mulher, incluindo o seu companheiro e família.

As opções em análise, relacionadas com providência dos cuidados à mulher, como: *suporte emocional e psicológico à parturiente em trabalho de parto e intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto*, manifestadas, por 22(35%) Enfermeiros, juntamente com as *complicações da gravidez e do parto*, referida por 18(28%) Enfermeiros, são manifestadas como temáticas sentidas com necessidades de formação. As temáticas estão relacionadas com o trabalho de parto e determinam a presença de um profissional de enfermagem creditado, designadamente de um especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica que esteja cientificamente atualizado para poder conceber, planear, implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à mulher no estado de gravidez ou em trabalho de parto incluindo os seus conviventes significativos. Para tal é necessário que os Enfermeiros se mantenham atualizados para agir cuidativamente em conformidade com o caso que tem sob a sua intervenção. Um Enfermeiro para se manter atualizado tem necessariamente de promover a sua autoformação e/ou uma formação contínua escolarizada (que transmite conhecimentos, promovem a análise e discussão de casos e suporta o desenvolvimento de competências em prática simulada em contexto laboratorial e/ou tutorada em contextos reais da prática), pois são os meios de que dispõe para otimizar e adequar o seu desempenho profissional suportado pelas últimas evidências científicas.

9.1.3.4. Puerpério

Questão n° 17. No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER e do RECÉM-NASCIDO durante o período pós-natal, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

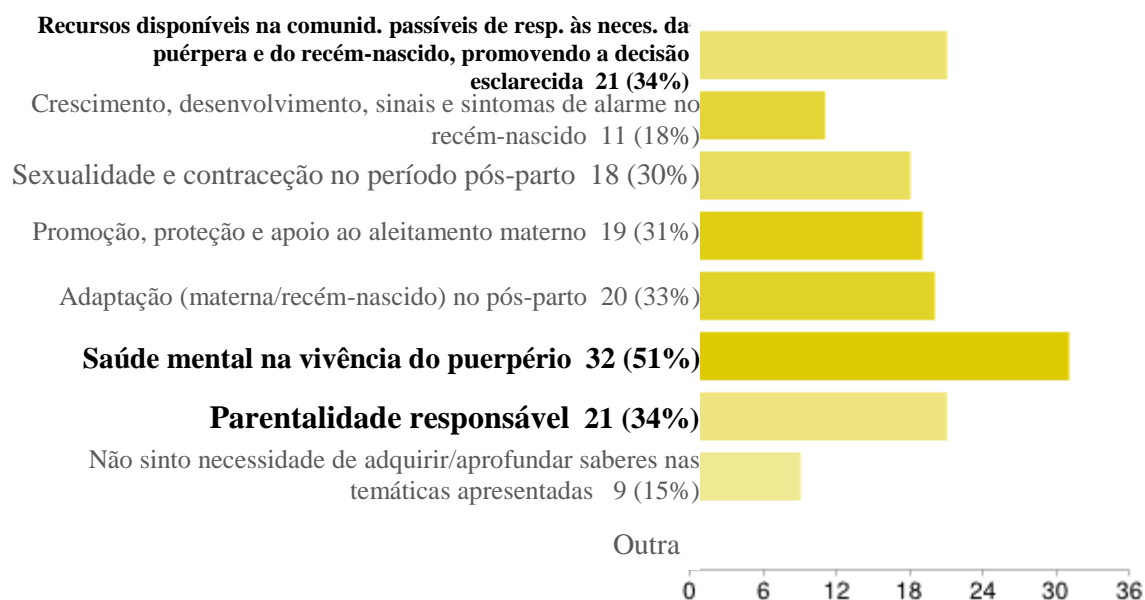


Gráfico n° 59. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: promoção da saúde da mulher e do recém-nascido durante o período pós-natal.

A leitura e análise do Gráfico n° 59, referente à questão n° 17, evidencia que 32(51%) Enfermeiros, sentem necessidade de formação contínua na temática *saúde mental na vivência do puerpério*, período que contempla o quarto estágio do trabalho de parto, é considerado altura de riscos para a mulher pelo que os cuidados de enfermagem qualificados que visem a prevenção de complicações, são necessários. A promoção do conforto físico e emocional da mulher e recém-nascido, associado à transmissão de ações educativas são intervenções que dão à mulher ferramentas para cuidar de si e do recém-nascido não descurem a escuta ativa na promoção duma relação terapêutica efetivada pois importa ouvir a mulher e valorizá-la nas suas especificidades femininas que, tradicional e culturalmente, são influenciadas pelas expectativas sócias relativamente ao seu desempenho maternal. Estudos, apontam para que se visem a excelência cuidados de enfermagem, logo a atualização dos profissionais é uma necessidade emergente, pois o aprendido na formação profissional pode estar desatualizado para uma atenção personalizada e humanizada à mulher nesta vivência do seu ciclo vital. É necessária, mais valorização da mulher, nesta fase em que a subjetividade feminina está alterada com a chegada de um filho, com o acréscimo da família, pelo que a recomendação da inclusão do conceito de humanização nos cuidados prestados pelos Enfermeiros é directriz. Assim como, seja abordado

nos cursos de formação em enfermagem, visando o despertar das pessoas para o cuidado humanizado em todas as etapas do processo de enfermagem (Nunes e Silva, 2012: 57).

No que respeita à temática *sobre os recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida*, mencionada como sendo sentida necessidade de aprofundar conhecimentos, por 21(34%) Enfermeiros, observa-se que embora em Portugal a saúde amterna e infantil tenha sucesso pela taxas apresentadas pelos relatórios da OMS, como é o caso da taxa de mortalidade infantil ser uma das mais baixas do mundo e ter vindo a melhorar progressivamente. Desigadamente, em 76%, com uma média anual de redução de 5,6%, nos últimos vinte e cinco anos (WHO, 2015). Contudo, não se denotou a redução de doenças evitáveis (como por exemplo a pneumonia, diarreia e malária), como sugere o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milénio que se estima só sera cumprido em 2018, treze anos depois do prazo (UNICEF, 2015). Segundo a mesma fonte, em 2012, dos 6,6 milhões de mortes de menores de cinco anos, cerca de 44% das mortes ocorreu em recém-nascidos. As melhorias das taxas revelam melhorias significativas que reportam a um bom desempenho dos profissionais de saúde, em que as consultas de enfermagem dirigidas ao acompanhamento da gravidez e ao desenvolvimento infantil se evidenciam. Contudo, ainda se denota necessidade de melhorias e daí, nesta matéria, os Enfermeiros referirem que necessitam de formação mais sistematizada e organizada para estes públicos-alvo. Eles têm a experiência que ao longo das últimas décadas, estão cada vez mais creditados em conhecimentos e competências, e que é através da formação para agirem em maior conformidade com as situações, cada vez mais ímpares e pessoais, que necessitam de um atendimento mais especializado. Por outro lado, atualmente os portugueses são mais literados e questionam mais o tipo de atendimento que usufruem para si e para os seus filhos, querem saber pormenores, querem perceber as situações que estão a vivenciar, para ponderarem e, em consciência, melhor decidirem sobre os cuidados de saúde que querem/carecem. Neste contexto, os Enfermeiros, sabendo que podem fazer a diferença através das suas intervenções, necessitam de estratégias de saúde concertadas, recursos adequados e vontade política, consistentemente aplicadas em defesa da saúde materna e infantil, em prol da família saudável, resulta em melhores resultados para os cidadãos, para as comunidades, para o país. As noções éticas em enfermagem transmitidas através duma abordagem ativa e participativa que solicita o pensamento crítico e reflexivo num curso de enfermagem (a nível da licenciatura, duma formação contínua ou avançada) são a identificação da ética própria do agir do Enfermeiro, onde se configura a tríade fundamental: a pessoa destinatária dos cuidados, o Enfermeiro e a natureza do elo que a liga, na situação pontual que se está a vivenciar, quer seja numa intervenção de cuidados ou no decurso normal das vivências da vida (Nunes, 2011).

A temática *parentalidade responsável*, foi exposta por 21(34%) Enfermeiros como necessária em aprofundar conhecimentos. Sendo o nascimento de um filho um acontecimento marcante na vida dos indivíduos e, conseqüentemente, no seu processo de desenvolvimento pois o termo parentalidade não pressupõe apenas ser pai, mas sim “*tornar-se pai*”, logo uma situação de vida que ocorre por meio de um processo mental complexo. As implicações que advêm do nascimento de um filho impõem mudanças aos mais diferentes níveis e exigem respostas variadas por parte das pessoas. Segundo Relvas (2000), tornar-se mãe/pai é um acontecimento que leva à alteração de papéis, à redefinição dos limites face ao exterior, nomeadamente no que se refere à família de origem e à comunidade a que se pertence. O conceito de parentalidade, expressa as responsabilidades de se ser mãe ou pai, onde os comportamentos dos pais beneficiam a integração de um recém-nascido, no seio familiar, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento, assim como a adaptação dos pais ao seu papel parental (International Council of Nurses, 2010). Parentalidade responsável é um dos temas de saúde com maior relevância na sociedade actual. Sabe-se que o exercício da parentalidade intervém ao nível da promoção da saúde e bem-estar da criança, denotando-se que a sua ausência ou alteração, pode interferir no saudável desenvolvimento físico e emocional da criança, culminando no surgimento de problemas de saúde e sociais significativos (Gage, Everett e Bullock, 2006). Segundo, Pecnik et al. (2006, citado por Valente, 2009) a função parental implica o cuidar da criança (tendo em conta as suas necessidades básicas mas também as emocionais e as de segurança), o estruturar o comportamento da criança (através da transmissão de normas e modelos adequados proporcionando-lhes a noção de limite e orientação para a sua segurança física e psicológica, para o desenvolvimento da responsabilidade pessoal e social e para o desenvolvimento de valores), o transmitir reconhecimento à criança (através da validação e resposta às necessidades da criança, bem como a confirmação às suas experiências pessoais, ajudando ao seu desenvolvimento pessoal e permitindo-lhe participar no processo de tomada de decisões na família) o dar empoderamento da criança (designadamente dar valorização à criança, respeitar a sua capacidade evolutiva e reconhecer que tanto a infância como o seu processo de parentalidade são processos dinâmicos). Um outro conceito, que está intrinsecamente ligado ao da parentalidade responsável, é o da parentalidade partilhada, onde os pais devem interagir no cuidar dos seus filhos (Dadam, 2011). Os Enfermeiros, devem possuir saberes que os ajudem a criar estratégias de intervenção junto dos pais através do acompanhamento da sua vivência com os filhos, para que se possa, de certo modo, antecipar, prever ou preparar os ciclos desenvolvimentais da criança, e fundamentalmente que se desenvolvam estratégias para dotar os pais de competências e conhecimentos específicos de modo a ficarem aptos a identificar e acompanhar as diferentes etapas do desenvolvimento dos seus filhos, prevenindo dificuldades e evitando o aparecimento de ciclos familiares de insucesso. Daí, a sua responsabilidade pessoal e profissional em querer aprofundar conhecimentos científicos sobre a relação parental responsável, para melhor cuidar.

Questão nº 18. No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE e PREVENÇÃO de COMPLICAÇÕES para a SAÚDE da MULHER e RECÉM-NASCIDO durante o período pós-natal, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

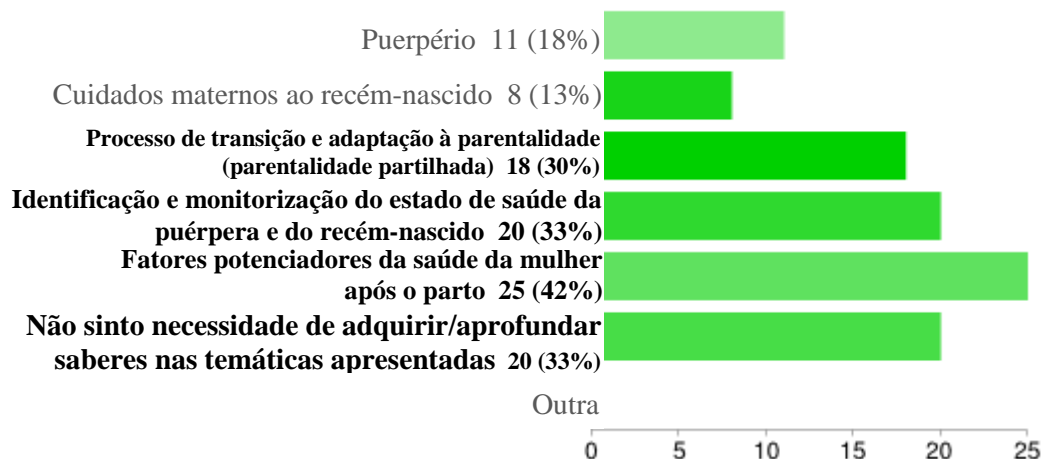


Gráfico nº 60. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.

A leitura e análise do Gráfico nº 60, referente à questão nº 18, dá a conhecer que 25(42%) Enfermeiros, sentem necessidade de formação contínua sobre *fatores potenciadores da saúde da mulher após o parto*. Temática, que revela haver preocupação no atendimento da puérpera e que já existe consciência que o cuidado prestado a estas mulheres não está com a qualidade desejada. Pois o próprio Sistema Nacional de Saúde não os integra devidamente, o que leva os profissionais de saúde a dissociarem o ciclo gravídico-puerperal. A mulher, durante a sua gravidez, parto e puerpério, na maior parte das vezes não usufrui de cuidados prestados pela mesma instituição e duma forma geral, os mecanismos de referenciação e contrareferenciação não existem ou são ineficazes. Sendo puerpério temporalmente, seis a oito semanas após o parto, e teoricamente subdivisível em três períodos: o puerpério imediato (do 1º ao 10º dia); o puerpério tardio (do 11º ao 45º dia) e o remoto (a partir do 45º dia) (Ziegel et al., 1986; Vieira et al., 2010), é um tempo em que ocorrem modificações internas e externas na mulher, tempo carregado de transformações psíquicas em que a puérpera continua a precisar de ser cuidada/protegida duma forma holística que considere o seu contexto sociocultural e familiar (Almeida et al., 2008). A mulher (incluindo o companheiro e a família), necessita de uma assistência integrada como um sujeito de cuidado que tem que ser percebida e, assistida em sua singularidade, num cuidado não só focalizado nos aspetos biológicos, mas sim considerando as suas outras dimensões, como a social, a económica, a histórica, a política e cultural (Hoffmann et al., 2008). A assistência no puerpério, como intervenção em favor da infância tem que propiciar à mulher ferramentas e suporte para cuidar de

si e do filho de modo qualificado. E, a assistência prestada pelos Enfermeiros deve ser premiada pela escuta sensível que valorize as especificidades do género feminino influenciado pelas expectativas sociais referentes ao exercício daquele momento, o de ser mãe. Pois, a mulher encontra-se numa fase da sua vida em que é especialmente, oportuno a sua assistência, à do seu filho incluindo a família, dado que em caso de alguma fragilidade que afete algum desses grupos-alvo existe uma ameaça à saúde e bem-estar infantil, uma vez que é fundamental o papel maternal na relação de cuidados aos filhos e que o desenvolvimento destes é diretamente influenciado pelas condições das suas famílias. Tendo em conta os importantes papéis que a mulher desempenha na sua família, há que referir as indiscutíveis repercursões negativas que a morte de uma mãe provoca para um recém-nascido e para os outros filhos, designadamente para a família, como um todo. Considerando os diferentes factores relacionados com a saúde da mulher no pós-parto uma assistência de enfermagem conhecedora dos factores potenciadores da saúde da mulher torna-se muito relevante para uma prestação de qualidade e excelência.

A identificação e monitorização do estado de saúde da puérpera e do recém-nascido no âmbito do estabelecimento de diagnóstico precoce e de prevenção de complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal foi referida por 20(33%) Enfermeiros como sentida necessidade de aprofundar saberes , pois a mulher regressa a casa 48 a 72h após o parto, tempo integrado no puerpério imediato e tem a seu cargo um filho recém-nascido que necessita de cuidados específicos ao ser humano neste estágio de vida. Agora, a mulher passa da atenção hospitalar para a atenção dos cuidados de saúde primários na unidade de cuidados de saúde em que está inscrita. As preocupações dos Enfermeiros destas unidades, prendem-se em que estes seres, em situação de crise, não estão sob o seu cuidado/monitorização permanente, pelo que a perspicácia na identificação das possíveis problemáticas, que possam ser uma variante ao considerado estado normal de saúde da mãe e do filho, esteja presente nos momentos da consulta (ou da visitação domiciliária quando praticada pela unidade de saúde a que a díade pertence). As orientações dos Enfermeiros versam, a educação para a saúde, através de ensinamentos e informações que previamente estão sinalizadas como as que necessitam de ser transmitidas/recordadas à mulher. A involução uterina acompanhada pela perda dos lóquios e dores abdominais ou perineais, decorrentes da episiotomia ou da sutura da cesariana, é um dos conjuntos de temas a falar com a mulher para a intruir como proceder. A possibilidade de incontinência vesical e por vezes fecal, mais a presença de edema nas hemorroidas são outros dos temas que têm que ser despistados e em caso da sua manifestação o Enfermeiro deve cuidar e possivelmente encaminhar a mulher para outro profissional de saúde. O edema generalizado, mais pronunciado nos membros inferiores é outra situação que pode afetar a locomoção da mulher. As alterações emocionais, o reinício da menstruação, a contracepção, a atividade sexual, assim como o espaçamento entre a possibilidade de uma nova gravidez, são temáticas que devem ser incluídas

na conversa esclarecedora e informativa com a mulher. A amamentação e todas as questões relacionadas com a alimentação com fórmula adaptada em caso de não querer ou não poder amamentar, a alimentação da mulher, as atividades físicas inerentes ao seu papel doméstico, assim como o regresso ao ginásio, mais a toma de medicamentos ou os hábitos tabágicos, as condições sociais e económicas (que podem ser percepcionadas pelos Enfermeiros e encaminhadas para a assistência social), assim como os direitos sociais e a questão da vivência duma parentalidade partilhada são temas pertinentes de serem abordados, entre outros.

O *processo de transição e adaptação à parentalidade, incluindo a parentalidade partilhada* é uma temática mencionada por 18(30%) Enfermeiros no gráfico em análise sobre o estabelecimento de diagnóstico precoce e de prevenção de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido durante o período pós-natal, situação similar à temática *parentalidade responsável*, exposta por 21(34%) Enfermeiros, no gráfico referente à questão nº17 sobre a *promoção da saúde da mulher e do recém-nascido durante o período pós-natal*, pelo que em igual leitura e análise se considera a pertinência da inclusão desta temática nos conteúdos programáticos de uma formação contínua dirigida aos Enfermeiros.

Questão nº 19. No âmbito da PREVENÇÃO de SITUAÇÕES NEFASTAS para a SAÚDE da MULHER e do RECÉM-NASCIDO no período pós-natal, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

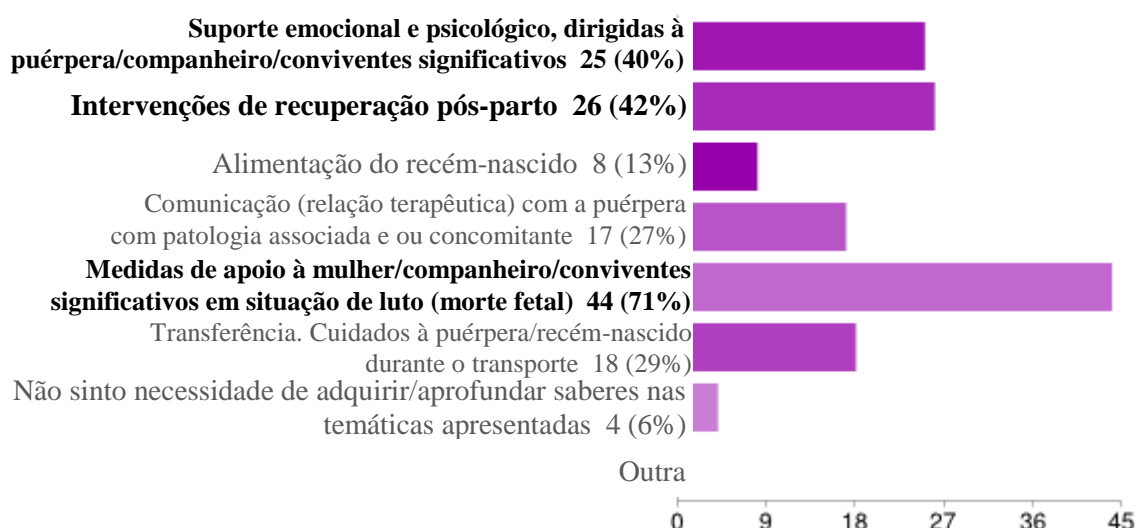


Gráfico nº 61. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: prevenção de situações nefastas para a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal.

A leitura e análise do Gráfico nº 61, referente à questão nº 19, informa que 44(71%) Enfermeiros, referem sentir necessidade de formação em *medidas de apoio à mulher/companheiro/conviventes significativos em situação de luto (morte fetal)*. A morte, quando vivenciada no âmbito dos cuidados de enfermagem em saúde materna e obstétrica tem especificidades consoante a perspectiva em que é vista, nomeadamente porque cuidar de uma mãe em luto pela perda do seu filho é cuidar consequentemente da família que acaba de perder um membro que foi desejado. Situação, que exige um esforço conjugado entre os vários intervenientes da equipa multidisciplinar, pois a morte de um feto ou recém-nascido induz um conflito entre o nascimento esperado como uma ocasião de alegria e optimismo e, de repente, surge a perda e o sofrimento. Segundo Ziegel (1986: 451) os Enfermeiros que escolheram a vertente de obstetrícia não estão acostumados a lidar com a morte e “*sentem-se pouco à vontade ao prestar cuidados*” neste contexto. Assim sendo, o desejo de partilha dos momentos mais ricos e cheios de emoções para a mulher/companheiro e família, levam o Enfermeiro que com a morte convive neste contexto a adoptar mecanismos de defesa e de neutralização dessas emoções duais que sente e convive no seu local de trabalho e com as quais tem que lidar. As pessoas perante este tipo de adversidades incómodas, como perdas, sofrimento e outras geradoras de ansiedade, sendo “*estratégias psicológicas e comportamentais que protegem a pessoa da ansiedade. Ao longo da vida, desenvolvemos mecanismos de defesa e geralmente utilizamos aqueles que foram eficazes na resolução de problemas e na regulação das emoções no passado*” (Bolander, 1998: 334). Não existe dúvida que para o Enfermeiro é difícil lidar com a morte, porque ela representa um fracasso, uma derrota, perante o objetivo de cuidar para o qual os Enfermeiros foram essencialmente preparados. Amirali e Dias (2010: 6) referem no seu estudo sobre as experiências dos Enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica com a morte, que “*existem sentimentos que os Enfermeiros vivenciam quando realizam o parto de um feto morto, nomeadamente sentimentos negativos. Por esse motivo, é realçada a importância em aprender a lidar com os mesmos pois, estes, tornam-se tão intensos que é impossível prever as marcas que deixam na mulher e no Enfermeiro*”. Cuidar de uma mulher/companheiro/família, que experiencia a morte de um feto ou recém-nascido, é uma problemática que envolve múltiplos aspectos emocionais, espirituais, culturais, éticos e morais particularmente relevantes, pelo que, a atuação dos Enfermeiros se deve pautar pelo respeito e valor humano e pela vontade da mulher, tendo como primórdio na relação terapêutica instituída uma relação entre iguais. Pois, o Enfermeiro que reconhece e utiliza a sua sensibilidade e os seus sentimentos, promove o auto-desenvolvimento e a auto-realização e é capaz de encorajar o mesmo crescimento na pessoa de quem cuida (Cabral de Frias, 2003).

O que concerne à temática *intervenções de recuperação pós-parto* referida por 26(42%) Enfermeiros como sendo um conteúdo a aprofundar conhecimentos numa formação. Sabendo que

a fase do pós-parto é uma altura de transição promovedora de alterações positivas no estilo de vida da mulher, pois pode usufruir dos benefícios do exercício regular aderindo a um programa de exercício (Du Bois, 2002). A mulher, vive responsabilidades pelo recém-nascido, altera os seus hábitos alimentares e de descanso, horários de trabalho, distribuição dos tempos de afazeres, de ócio... pelo que as exigências da maternidade poderão fazer parecer impossível a prática regular de exercício físico, contudo o desejo de retomar à forma física e tamanho anteriores à gravidez, faz emergir maior necessidade de energia e de redução de stresse que podem ser motivações efetivas para iniciar ou retomar a prática de exercício físico (Ringdahl, 2002). A Mesa do Colégio da especialidade de Saúde Materna e Obstétrica 2012/2015, através da Recomendação nº1/2014, emanou advertências no âmbito dos cursos de recuperação pós-parto realizados por Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica nos diferentes centros públicos ou privados existentes no país, baseando-se na legislação em vigor (Lei nº 9 de 4 de março de 2009; Regulamento 127 de 18 de fevereiro de 2011 e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro-REPE). Deste modo o Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica tem competência, no que concerne à assistência à puérpera e ao recém-nascido que vai desde as consultas de vigilância do puerpério e do recém-nascido, à implementação de Cursos de Recuperação Pós-Parto, visando a promoção da saúde das mulheres, atendendo às mudanças físicas, emocionais e psicológicas que acontecem no período puerperal assim como a facilitação do desenvolvimento de competências necessárias ao cuidado ao recém-nascido. A tonificação muscular abdominal e do períneo, a recuperação da forma física e da postura corporal correta da mulher, assim como a partilha de experiências com as outras mulheres em situação igual são, também, finalidades visadas por estes cursos (que devem ter uma componente teóricoconceptual e outra prática para exemplificação/execução dos exercícios adequados). Atualmente, os cursos de especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em Portugal têm Unidades Curriculares, no seu Plano de Estudos, que contemplam estes conteúdos programáticos.

A temática *suporte emocional e psicológico, dirigidas à puérpera, companheiro e ou conviventes significativos* foi mencionada por 25(40%) Enfermeiros por sentirem necessidades formativas na área. Segundo o estudo de Veríssimo (2010), os fenómenos psicológicos observados durante o puerpério, como é o caso do estado de ansiedade, o sintoma de depressão e a sensibilidade ao stresse são diferenciados consoante o número de partos vivenciados (as mulheres primíparas comparadas com as múltiparas desenvolvem estados de maior ansiedade), o tipo de parto vivenciado, (nomeadamente se o parto foi normal, eutócico, ou distócico, como é o caso das cesarianas em que as puérperas mostram estar mais sensíveis ao stresse), o desenvolvimento de patologias durante a gestação (que apresentam, no estádio de puérperas, traços de ansiedade, sintomas de depressão e sensibilidade ao stresse) a duração do trabalho de

parto (em que as que xeperenciaram um trabalho de parto mais longo revelaram um estado de maior ansiedade). Embora a maioria dos autores considerem o estado de tristeza uma alteração benigna que afeta a maioria das puérperas, pois o período do puerpério é caracterizado por disforia, humor lábil, crises de choro, irritabilidade, ansiedade, insónia, fadiga, perda do apetite, fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade... também referem que podem emergir sinais e sintomas de risco, tais como os inerentes ao apoio que a puérpera recebe para os cuidados ao recém-nascido, a relação que estabelece com o companheiro, a dificuldade em relacionar-se e perceber as necessidades do seu filho (se este corresponde ao filho imaginado), aos factores económicos, assim como os factores correlacionados com a idade da puérpera, o estágio civil, se a gravidez foi planeada/desejada, se foi uma gravidez de risco, se ocorreram complicações no pós-parto imediato, tipo de parto... Amorim (2010), no seu estudo com puérperas portuguesas, realizado com a colheita de informação através de uma Escala de Avaliação da Propensão de Tristeza no Pós-Parto, indicou que quase a totalidade das inquiridas apresentavam índices de propensão para tristeza moderada. Os Enfermeiros, no cuidar holístico das puérperas (companheiro e família) devem ter sensibilidade para identificar estes estados emocionais e de alteração psicológica que podem ser incidiosos de problemáticas ainda não evidenciadas do foro da saúde mental e psiquiátrica, que quando detetadas precocemente o seu tratamento é mais rápido diminuindo a probabilidade de possíveis sequelas na puérpera e nos que a rodeiam.

9.1.3.5. Climatério

Questão n° 20. No âmbito da PROMOÇÃO da SAÚDE da MULHER e apoio na transição para a MENOPAUSA, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

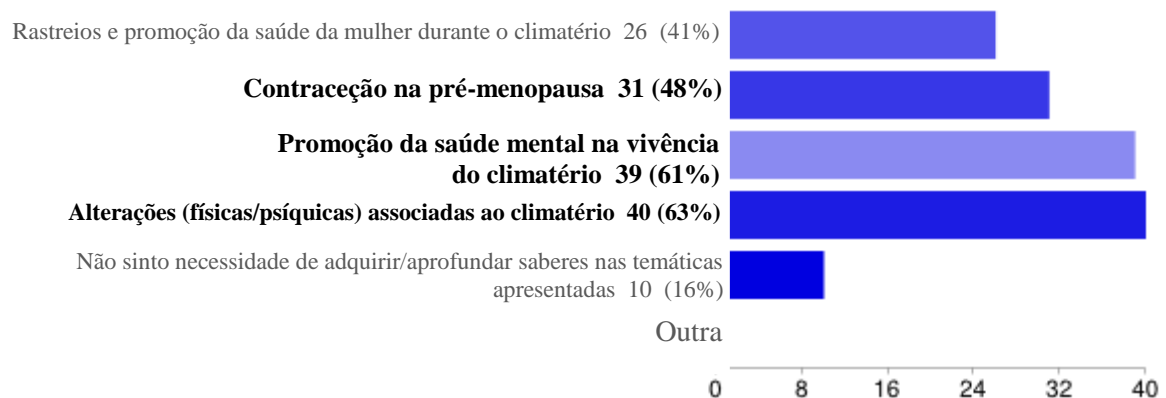


Gráfico n° 62. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: promoção da saúde da mulher e apoio na transição para a menopausa.

A leitura e análise do Gráfico nº 62, referente à questão nº 20, refere que 40(63%) Enfermeiros, sentem necessidade de formação na temática *alterações (físicas/psíquicas) associadas ao climatério*. O período de transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva denomina-se por climatério, termo que difere, na sua interpretação, do termo menopausa, que determina a paragem definitiva da menstruação e o limite da fertilidade, assinalando uma nova fase da vida da mulher (Biffi, 1991; Botell, Dominguez e Piñero, 2001). O climatério, tem início por volta dos 40 anos, dissociando-se em três fases: perimenopausa, menopausa e pós-menopausa, que por baixa do estrogénio (hipoestrogenismo) surgem vários sintomas físicos (como por exemplo: afrontamentos, suores noturnos, fragilidade óssea, perda da elasticidade e lubrificação vaginal, problemas a nível do sistema genitourinário, perda de sensibilidade da pele, enxaquecas, distúrbios do sono) (Silva e Silva, 1999). Também, se denotam consequências psicológicas (ansiedade, stresse, depressão e irritabilidade) (Serrão, 2008). Neste contexto, o Enfermeiro exibe um papel importante, quer na identificação dos sinais e sintomas da fase climatérica e da menopausa, como na orientação da mulher climatérica/companheiro e família. Segundo Gutierrez (1993), o apoio familiar e um bom nível de conhecimento sobre as modificações bio e psicológicas, fazem com que as mulheres enfrentem esse período das suas vidas com mais tranquilidade. O conhecimento pela parte dos Enfermeiros, sobre esta fase do ciclo vital da mulher, é muito importante, porque além do climatério e da menopausa serem fenómenos naturais do desenvolvimento da mulher, podem desencadear sintomatologias, que se não forem bem entendidas, podem levar a mulher a sofrer e a não ser bem compreendida pelos que a rodeiam, principalmente os membros do seu núcleo familiar. Embora o nível de escolaridade, das mulheres portuguesas, tenha aumentado nos últimos cinquenta anos e apesar dos avanços dos estudos na área da saúde da mulher, ainda hoje os Enfermeiros (e demais profissionais de saúde) encontram mulheres que desconhecem e, por isso não compreendem, o climatério e a menopausa, acarretando o mau-estar, o sofrimento e uma vida sem qualidade, na maioria das vezes (Rocha e Rocha, 2010). Importa, que o Enfermeiro tenha conhecimentos da evidência científica e se sinta capacitado para prestar um cuidado sistematizado, personalizado quer à mulher como ao seu companheiro e família.

A *promoção da saúde mental na vivência do climatério*, foi uma temática assinalada por 39(61%) Enfermeiros. Numa população feminina portuguesa com o aumento da esperança média de vida acima dos 82 anos (PORDATA, 2013), que lhe possibilita viver um terço da sua vida após a menopausa, facto que por si só justifica a capacitação dos Enfermeiros para lidarem com as suas necessidades destas mulheres. Os Enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, sabem que sendo a saúde mental a capacidade de estabelecer relações harmoniosas com os demais (Espinosa, 2001) e que está diretamente relacionada com a melhoria da qualidade

de vida, em todos os seus aspectos, e que significa muito mais do que uma simples ausência de quaisquer transtornos psíquicos, Para além da saúde mental depender, também, “*de uma alimentação adequada, habitação, trabalho e salários dignos, acesso a serviços e saúde, lazer, pleno exercício da sexualidade, e outros factores, para que ser possível adquirir uma boa qualidade de vida*” (Biffi, 2003: 60). Segundo Dias et al. (2002), as alterações físicas e psíquicas no climatério estão relativamente estudadas mas a relação entre os sintomas físicos e os mentais no climatério continua numa posição de indefinição pelo que existe a necessidade de maiores investimentos teóricos e práticos para que os seus resultados contribuam para uma assistência integral e envolva outras dimensões além da fisiologia. O mesmo autor aborda ainda, a importância da intervenção dos Enfermeiros na transmissão de ensinamentos às mulheres sobre o seu corpo e os processos fisiológicos femininos envolvidos no climatério. A troca de experiências de vida entre mulheres com a mesma sintomatologia, promovida sob a tutoria/orientação do Enfermeiro, no âmbito da educação para a saúde, é uma boa terapia grupal que contribui apoio emocional à mulher.

No que concerne à temática *contraceção na pré-menopausa* assinalada por 31(48%) Enfermeiros como sendo uma área em que necessitam de formação, é importante referir a importância da intervenção dos Enfermeiros no atendimento da mulher no âmbito do planeamento familiar. A atuação dos Enfermeiros está pautada pelo princípio da paternidade responsável e pelo direito livre e esclarecido, pelo que é de extrema importância que nas consultas de planeamento familiar as pessoas tenham acesso à informação mais complementarizada possível sobre contraceção e a disponibilidade de alternativas contraceptivas seja uma realidade, aspectos são fundamentais no programa de planeamento familiar de um sistema de saúde de um país. O facto de o conhecimento sobre um método ser inadequado resulta num factor de resistência à aceitação e uso desse método, e a inadequada informação advém da não procura do aconselhamento do Enfermeiro e o uso do método anticoncepcional não foi prescrito por um profissional de saúde ou a informação que se quer baseada na evidência científica, foi mal transmitida ou pouco esclarecedora. Em Portugal, o atendimento da mulher em fase menopausica no que se refere aos métodos anticoncepcionais não é diferente dos das outras mulheres. Carecem consultas dirigidas a este tipo de população-alvo, consultas de menopausa, tendo em conta as suas especificidades e ao envelhecimento da população. A intervenção mais realizada às mulheres que já têm falhas menstruais é o rastreio do HPV, vulgarmente conhecido pelo teste do Papanicolau, só em alguns hospitais do país é que existe a consulta da menopausa como é o caso do Hospital Garcia de Orta, em Almada e o Hospital Nossa Senhora do Rosário, em Barreiro, no distrito de Setúbal. Embora estas mulheres estejam a ter falhas na assiduidade do seu fluxo menstrual elas correm riscos de ovularem e conceberem uma gravidez que resulta numa gravidez de risco só pela idade da progenitora, segundo a tabela de risco modificada de Godwin.

Daí, a importância da mulher estar protegida, com um método contraceptivo, durante pelo menos um ano após a última menstruação. Os Enfermeiros, que mais creditados estão para atender a mulher no climatério/menopausa é o Enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, contudo, os resultados das pesquisas de evidência científica levam a uma rápida desatualização, para além, dos Enfermeiros que já se formaram há algum tempo e cujos planos de estudos comportavam poucos conteúdos programáticos referentes à ginecologia da mulher maior.

Questão nº 21. No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE, da PREVENÇÃO de COMPLICAÇÕES para a SAÚDE e dos CUIDADOS à MULHER durante o CLIMATÉRIO/MENOPAUSA, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em...

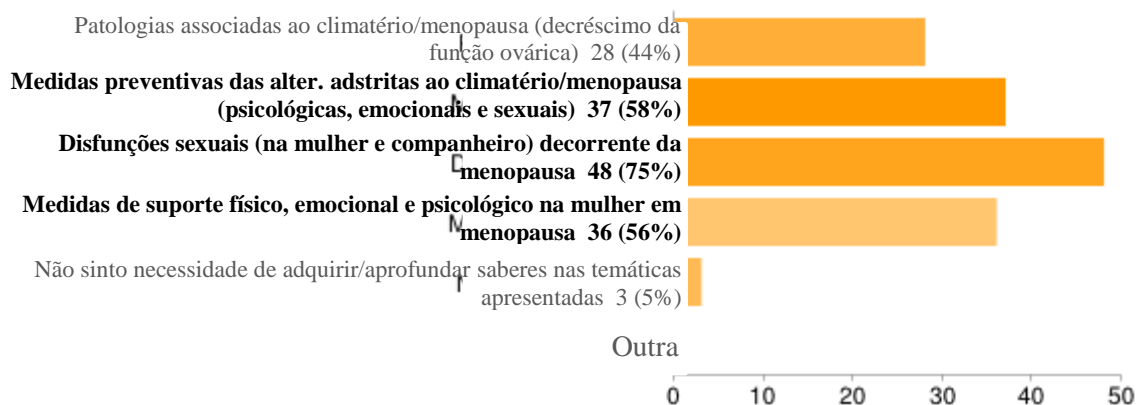


Gráfico nº 63. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: diagnóstico precoce, da prevenção de complicações para a saúde e dos cuidados à mulher durante o climatério/menopausa.

A leitura e análise do Gráfico nº 63, referente à questão nº 21, refere que 48(75%) Enfermeiros, sentem necessidade de formação na temática *disfunções sexuais (na mulher e companheiro) decorrente da menopausa*. Sabendo que disfunção sexual corresponde a uma perturbação nos processos que caracterizam o ciclo da resposta sexual, baseado no modelo convencional Masters e Johnson referido por Kaplan (1974), que se divide em quatro fases, designadamente: o desejo sexual que consiste na fantasia acerca da atividade sexual e no desejo das mesmas; a excitação que compreende uma sensação subjetiva de prazer sexual acompanhada por modificações fisiológicas correspondentes; o orgasmo, que corresponde a um pico de prazer sexual, acompanhado da libertação de tensão sexual e da contração rítmica dos músculos do períneo e dos órgãos reprodutores; a resolução que consta numa sensação generalizada de relaxamento muscular e bem-estar (American Psychiatric Association, 2002). Os diagnósticos das

disfunções sexuais femininas suportam-se nestas quatro fases mais na disfunção relacionada com dor associada à relação sexual. Assim, podem ser consideradas as: perturbações de desejo (perturbação do desejo sexual hipoactivo e a aversão sexual); a perturbação da excitação sexual; a perturbação do orgasmo e as perturbações de dor sexual (dispareunia e vaginismo). Na sua base, podem estar factores biológicos (como as doenças vasculares, diabetes, doenças do sistema nervoso central ou periférico, consumo de substâncias, idade...), factores psicossociais (como as perturbações psicológicas, factores culturais, falta de educação, problemas no casal...) ou até mesmo uma combinação de factores biológicos e factores psicossociais (Bach, Wineze e Barlow, 2001). Tendo em conta, as manifestações físicas e psicológicas das mulheres climatéricas tornam-se fácil entender que a sua vida sexual seja acometida por disfunção da expressão da sua sexualidade através das relações sexuais e que toda esta conjectura possa afetar sexualmente o seu companheiro. Nestas situações, o Enfermeiro pode detetar a situação e criar estratégias de empoderamento da mulher, enquanto mulher sexuada e com uma expressão adequada sexualmente, muito embora, já tenha idícios de menopausa ou até mesmo a menopausa instituída.

A temática *medidas preventivas das alterações adstritas ao climatério/menopausa, como as psicológicas, as emocionais e as sexuais* foi referida por 37(58%) Enfermeiros, como tendo necessidade de formação no seu âmbito. As alterações físicas e psicológicas do climatério são as causadoras de maiores impedimentos do decurso de uma vida de qualidade da mulher, como é o caso do risco de osteoporose, a diminuição dos valores de estrogénio em circulação, as ondas de calor corporal, os suores, a secura da mucosa vaginal e os efeitos negativos da lubrificação vaginal no desempenho sexual. Santos-Sá et al. (2005) referiu-se às alterações psicológicas relacionadas com a insónia, a irritabilidade, a fadiga, os lapsos de memória, a baixa auto-estima, sexualidade e o sentimento de estar doente, como merecedoras de destaque pela interferência negativamente no equilíbrio físico, logo na qualidade de vida da mulher. Situação, que tem repercursões no desempenho profissional, e que deve ser um foco de atenção para o Enfermeiros, nomeadamente o Enfermeiro do trabalho, que deve incluir nas suas intervenções sessões de educação para a saúde, em grupo e personalizadas sobre a fase climatérica. Se pensar-se, que a mulher trabalha para auferir qualidade de vida para si e para a sua família, o mau estar provocado pelas alterações adstritas ao climatério, podem ser potenciadoras do insucesso no trabalho, mas o inverso também é de correlação, nomeadamente o apego e êxito profissional induz uma vivência facilitada da fase climatérica. Assim, entende-se que as mulheres no climatério podem desencadear diversos problemas de fundo emocional no seu ambiente de trabalho levando a uma sua inferior qualidade de vida, pois impera a difícil adaptação físico-psicológica. Os Enfermeiros dos cuidados de saúde primários e especificamente os Enfermeiros do trabalho, são profissionais competentes para, baseados nos dados científicos, cuidarem da mulher climatérica, instruindo e

orientando para que a mulher viva em pleno este novo ciclo da sua vida inserida na família e comunidade (Soares et al., 2010).

A temática, *medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher em menopausa* foi mencionada por 36(56%) Enfermeiros por sentirem necessidade de formação nessa área. No âmbito das representações sociais os seus efeitos podem levar a uma vivência e percepção subjetiva da mulher que está a vivenciar a menopausa. A necessidade de educação e informação sobre em que consiste a menopausa, impera para que as mulheres quando chegam á sua fase menopausica não estejam fortemente condicionadas por estereótipos e crenças. Os Enfermeiros, são os profissionais de saúde que estão na posição ideal para fornecer a informação e ajudar a mulher a criar estratégias de suporte para o seu período normativo de transição. Assim, há um trabalho realizado em função da aniquilação ou redução das expectaitivas negativas em relação a esta fase da vida e por outro são tomadas medidas estratégicas de compreensão veiculando a promoção da saúde e prevenção de doenças (Martin et al., 2003). A intervenção do Enfermeiro, deve ser desenvolvida sob o suporte de uma equipa multidisciplinar para que se possam implementar estratégias inerentes às necessidades identificadas. A função cuidativa do profissional de enfermagemem, de desmistificar o climatério/menopausa, começa a ser vista por estes profissionais como facilitadora do processo da mulher se perceber, vendo o seu valor como um ser especial e essencial, promovendo a sua saúde e bem-estar, adquirindo hábitos saudáveis, para uma melhor qualidade de vida no momento e nas suas fases vitais vindouras (Moraes et al., 2012). As mulheres, devem ser instruídas a terem consciência de si, serem autónomas sobre o seu corpo para identificarem os limites entre a saúde e a doença. Desta forma, a mulher estará mais preparada e capacitada para enfrentar física, emocional e psicologicamente as adversidades que a vida lhe (e a todos) impõe.

9.1.3.6. Ginecologia

Questão n° 22. No âmbito da PROMOÇÃO de SAÚDE GINECOLÓGICA da MULHER, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

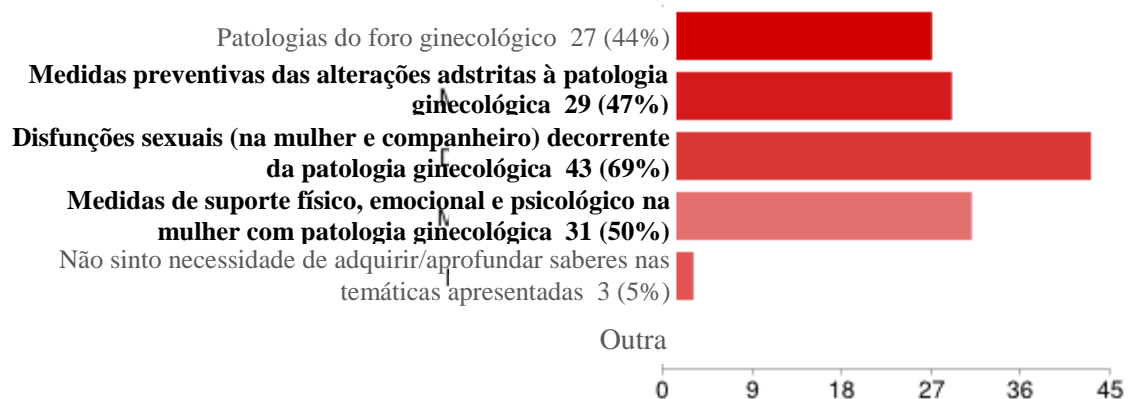


Gráfico n° 64. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: promoção de saúde ginecológica da mulher.

A leitura e análise do Gráfico n° 64, referente à questão n° 22, evidencia que 43(69%) Enfermeiros, sentem necessidade de formação na temática *disfunções sexuais (na mulher e companheiro) decorrente da patologia ginecológica*, 31(50%) Enfermeiros, na temática *medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher com patologia ginecológica* e 29(47%) Enfermeiros, na temática *medidas preventivas das alterações adstritas à patologia ginecológica*. Tendo em conta que, as temáticas referentes à patologia ginecológica, roçam a disfunção sexual, as medidas físicas, emocionais e psicológicas e as medidas preventivas da patologia, que já foram tidas em análise em questões relacionadas com a gravidez, puerpério e climatério, considera-se uma abordagem conjunta. A assistência à mulher, em todos os seus focos tem sido ao longo dos tempos o reflexo de como a sociedade a vê, dado que é verificável pelos objetivos dos serviços de saúde que são disponibilizados, nomeadamente desenhados com o propósito de não de atender às necessidades da mulher, mas sim de a cuidar porque ela é um meio para atingir a geração de filhos ou controle da natalidade (Faúndes, 1991). A assistência na área da ginecologia, é específica ao género, visa a prevenção de patologias que afetam a mulher (e extrapolam o ciclo gravídico-puerperal) e o tratamento dessas doenças. Só na última últimas duas décadas é que se tem vindo a realizar investigação na área da ginecologia que traga aportes da evidência científica para a prática dos cuidados. A área da sexualidade da mulher, na sequência do tratamento da área ginecológica, também não tem tido a atenção merecida, pois só quando se denota intenção de pesquisar e cuidar da ginecologia vem por seu arrasto a preocupação pela função sexual da mulher. Na área da enfermagem, é exemplo atual desta situação, na área da especialização em saúde materna e obstétrica, que alguns membros da ciência educativa pretendem adicionar ao título da especialidade o termo: ... e ginecológica, mas que, embora o plano de estudos contemple unidades curriculares (teórica e de ensino clínico em contexto real da prática) de ginecologia, esta não está contemplada na apresentação, ou anúncio, da especialidade (que pode conferir o grau de Mestre ao cursado). A Ordem dos Enfermeiros portugueses, através do seu Colégio de

Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, fez sair em 2011 o Regulamento nº 127 de 18 de fevereiro, que regulamenta as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, mas no primeiro semestre de 2015, fez saber, e propôs votação em assembleia geral, que no título da especialidade não conste referência à ginecologia, porque o título desta especialidade em enfermagem dá livre-trânsito dos profissionais na Comunidade Europeia e ao alterar o título estaria-se a impedir, num tempo de muita mobilidade dos profissionais de enfermagem na Europa, que os mesmos pudessem ter equivalências nos países de acolhimento. Este é um exemplo burocrático, que terá que ser resolvido, mas até o ser a ginecologia perde na sua representação e o Enfermeiro especialista, possivelmente com o grau de Mestre, não faz transmissão das suas competências específicas através do anúncio do título do seu Mestrado.

A mulher, com patologia ginecológica, terá à partida a expressão da sua sexualidade, pela via do relacionamento sexual, comprometida, pelo que o Enfermeiro cuidador deve ter em seu foco de atenção as necessidades fisiológicas da mulher, as problemáticas sentidas para através dos diagnósticos de enfermagem estabelecer personalizadas intervenções inerentes e concernentes que visem a sua minimização ou resolução. Mais uma vez, para além da função cuidativa/curativa, a educação para a saúde, o estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva é a base da ação cuidativa do Enfermeiro. Agora, em relação às manifestações emotivas, psicológicas e sexuais da mulher com patologia ginecológica.

Questão nº 23. No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE e PREVENÇÃO de complicações relacionadas com AFEÇÕES do APARELHO GENITURINÁRIO, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

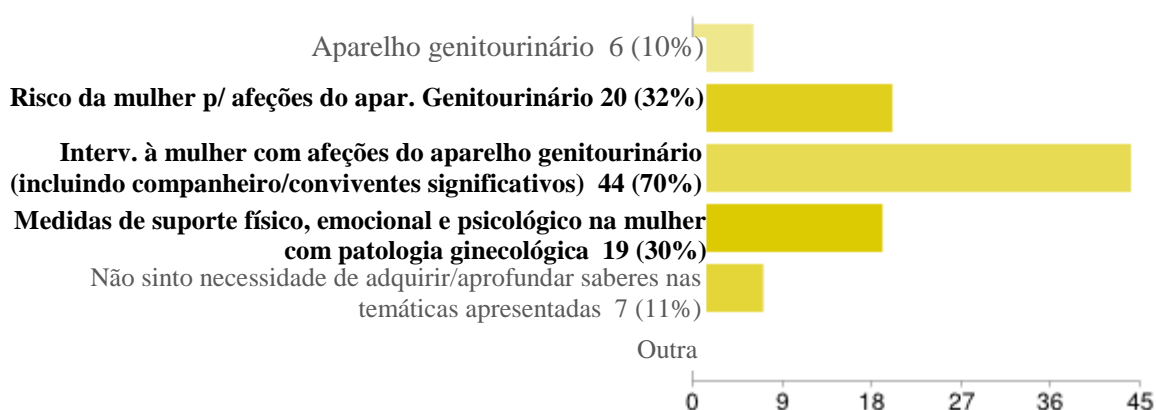


Gráfico nº 65. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com afeções do aparelho genitourinário.

A leitura e análise do Gráfico nº 65, referente à questão nº 23, evidencia que 44(70%) Enfermeiros, sentem necessidade de formação na temática *intervenções à mulher com afecções do aparelho genitourinário (incluindo companheiro/conviventes significativos)*, 20(32%) Enfermeiros, na temática *risco da mulher para afecções do aparelho genitourinário* e 19(30%) Enfermeiros na temática *medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher com patologia ginecológica*. Sendo todas as temáticas correlacionadas pela patologia ginecológica e pelo seu diagnóstico precoce e atitude preventiva de complicações no aparelho genitourinário da mulher, considera-se, à semelhança do realizado na análise do gráfico referente à questão nº 22, relacionada com a promoção da saúde ginecológica, realizar uma abordagem conjunta. A patologia do foro ginecológico, pode ser apresentada de várias formas, nomeadamente: pelo aparecimento de um sangramento uterino (cuja causa pode estar associada à gravidez, a lesões uterinas anatómicas ou não anatómicas, a distorções hormonais ou anomalias sistémicas); pela presença de um mioma uterino (que consiste num tumor benigno muito comum da mulher cuja etiologia é o hiperestrogenismo ou factores genéticos); pelo estado de abortamento (que consiste na expulsão ou extração de feto antes das 20 semanas de gestação, ou que pese menos de 500gr, por causas dispersas como alterações cromossómicas, alterações endócrinas, síndrome dos ovários poliquísticos, infeções...); pela presença de uma gravidez ectópica (em que a implantação do blastócito ocorreu fora da superfície endometrial, por causas desconhecidas ou conhecidas, como uma gravidez ectópica precedente a esta, uma cirurgia tubária, o uso do dispositivo intrauterino-DIU, uma história pregressa de infeção genital e pélvica, múltiplos parceiros e tabagismo); por haver uma torção anexial do ovário; por doença inflamatória pélvica (em que os agentes infecciosos mais comuns são o gonococo e a clamídia, devido a lesão da mucosa cervical, presença de DIU, vaginose bacteriana, prosmicuidade...); por cervicite (inflamação da cérvix); por dermatoses vulvares (normalmente ou associadas a etiologia infecciosa como a sífilis, o cancro duro, herpes simples e zóster, infeção por citomegalovírus, candidíase... ou por etiologia não infecciosa e inflamatória como o eczema vulvar, psoríase, vulvite...); por prolapso do colo uterino; por incontinência urinária de esforço; por violência sexual (com lesões na vagina, cérvix ou útero); entre outras possíveis situações (Clode et al., 2012). Tendo em conta, a panóplia de possíveis patologias do foro ginecológico, justifica por si só, a necessidade de o Enfermeiro ter uma intervenção concernente com os dados atualizados da evidência científica. A ausência de bibliografia sobre os cuidados de enfermagem intimamente relacionados com estas problemáticas, de patologia ginecológica, em que o Enfermeiro intervem no âmbito curativo e no âmbito do esclarecimento e informação, associado à educação para a saúde que visa prevenir complicações. Mais uma vez, na intervenção do Enfermeiro, se encontra a educação para a saúde, que revela-se num método fundamental do cuidado integral à pessoa, objetivando dotar as pessoas de competências que lhes permitam tomar as melhores opções/decisões em prol da manutenção da sua saúde em todas as vertentes (Onega e Devers, 2008).

Questão nº 24. No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE e PREVENÇÃO de complicações relacionadas com AFEÇÕES da MAMA, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

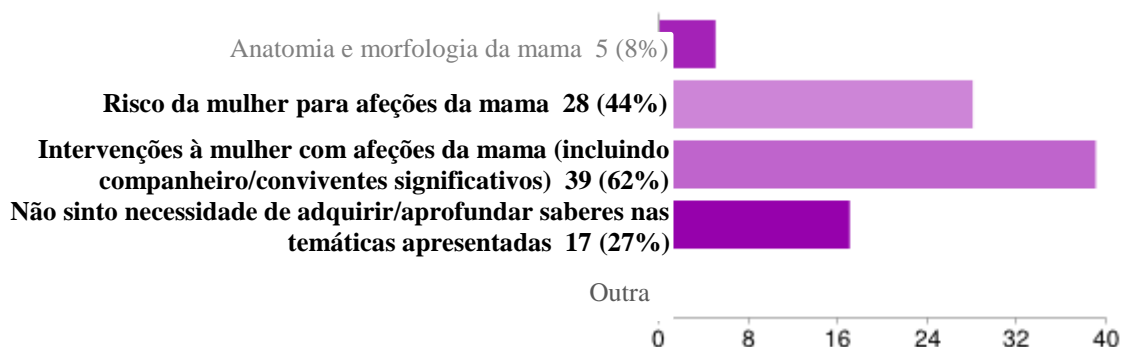


Gráfico nº 66. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com afeções da mama.

A leitura e análise do Gráfico nº 66, referente à questão nº 24, evidencia que 39(62%) Enfermeiros, sentem necessidade de formação na temática *intervenções à mulher com afeções da mama (incluindo companheiro/conviventes significativos)*. As problemáticas da mama, independentemente do seu cariz benigno ou neoplásico podem advir de diferentes aspectos, como: os decorrentes da hormona estrogénio (que promovem o crescimento longitudinal dos ductos mamários, têm efeito mitótico no epitélio mamário, promovem o aumento do tecido conjuntivo periductal e o aumento do tamanho da mama); os decorrentes da hormona progesterona (que promove a diferenciação dos componentes alveolares, e o desenvolvimento lobular da mama); os decorrentes da hormona prolactina (que atua no desenvolvimento do tecido adiposo e epitélio mamário, estimula o início da lactogénese e atua na diferenciação da célula produtora de leite materno); as alterações com o ciclo menstrual; as decorrentes de malformações congénitas (como é o caso da politelia, simastia, hipomastia, amastia, polimastia, gigantomastiasíndrome de Poland...). As doenças benignas da mama normalmente têm uma etiologia de disfunção neuroendócrina com conseqüente desequilíbrio hormonal, como o aumento dos níveis de estrogénio, a baixa dos níveis da progesterona ou por ação da prolactina, destacam-se os fibroadenomas (tumores benignos constituídos por elementos fibrosos epiteliais, surgem predominantes nas jovens); os quistos (são nódulos capsulados cheios de líquido, podem ser galactocelos, ou ter um nódulo dominante do tipo galactocelo, que consiste num quisto simples cheio de leite não doloroso em que a aspiração do quisto é terapêutica); os tumores de Phylloide (tumores benignos de grande volume por crescimento rápido que surgem na peri-menopausa que têm tendência à recorrência após remoção cirúrgica); a galactorreia (que consiste em corrimento mamilar espontâneo bilateral em situação anormal por diferentes causas como endócrinas, tumores renais, pulmonares, aumentos da produção de prolactina, por administração de drogas...);

corrimento mamilar purulento anormal (deve-se a abscesso); líquido mamilar sero-hemático (deve-se a ectasia ductal); líquido mamilar hemático (por papiloma intraductal); por infecção mamária (sob a forma de mastite, abscesso subareolar crónico recorrente, por infecção extrínseca, mastite aguda associada a macroquistos...). As doenças malignas da mama são causa de morte na mulher e a sua incidência tem aumentado nas últimas décadas (atualmente 1 em cada oito mulheres tem probabilidade de desenvolver cancro da mama, na década dos anos setenta, a estimativa era de 1 em cada treze mulheres tinha probabilidade de desenvolver cancro da mama), estimativas que se devem obviamente ao aumento do rastreio e logo no despiste de novos casos. Os Enfermeiros são dos profissionais de saúde, que mais promoveram este rastreio, daí a sua preocupação em querer saber sobre a etiologia das diferentes afeções da mama, pois mais de 50% das mulheres afetadas não apresentam queixas mamárias e não apresentam quaisquer sinais de patologia mamária (Cavalcante et al., 2013). Por outro lado, a maior parte das situações detetadas, são-no pela própria mulher que está informada de como deve proceder para realizar o auto-exame da mama. A promoção da mamografia e a ecografia mamária realizada no rastreio consiste na arma mais eficaz para melhorar a sobrevivência destas mulheres através da detecção precoce de situações anómalas. A vigilância de saúde da pessoa diz respeito a ela própria, mas o companheiro e família podem colaborar no alerta da mulher mais esquecida, uma família é saudável se todos os membros estiverem de plena saúde e bem-estar biopsicossocial.

A temática referente ao *risco da mulher para afeções da mama* foi mencionada por 28(44%) Enfermeiros, porque na sua prática profissional sabe que as afeções da mama têm etiologias que devem ser monitorizadas, como é o caso das mulheres que pertencem a uma família em que as mulheres tem tido morbilidade ou faleceram por problemas mamários como é o caso do cancro da mama, porque é uma patologia com um indiscutível componente hereditário ou genético, estando definida uma classificação de Lynch que refere que 9% são hereditários (proveniente essencialmente da progenitora ou irmãs), 23% é cancro da mama familiar e 68% é um cancro da mama esporádico (Pinto et al., 2012). Tem por factores de risco, a idade, ter tido cancro na mama colateral, não ter sido mãe, ter tomado terapêutica hormonal de substituição com ou sem progestagénio, ter tomado anticoncepcionais orais, ter consumido de álcool...

Alguns Enfermeiros, designadamente 17(27%), referiram que não sentem necessidade de adquirir/aprofundar saberes em nenhuma das temáticas apresentadas em opção de resposta face ao diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com afeções da mama, o que se considera ser devido à múltipla informação científica, dirigida e realizada por estes profissionais na maioria do género feminino, logo pertencentes ao público-alvo das sessões de educação para a saúde, do rastreio...

Questão n° 25. No âmbito de PROVIDENCIAR CUIDADOS à MULHER com AFEÇÕES do APARELHO GENITURINÁRIO e facilitar a sua adaptação à nova situação, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

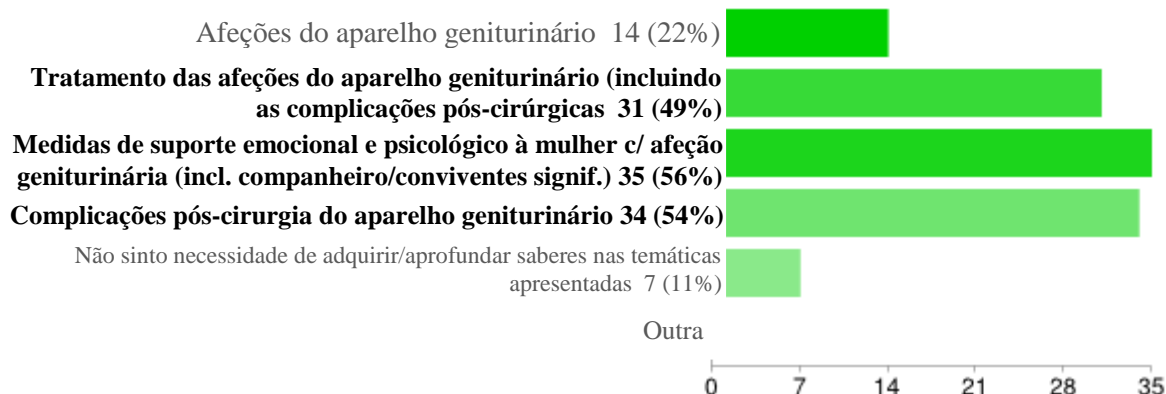


Gráfico n° 67. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: providenciar cuidados à mulher com afeções do aparelho geniturinário e facilitar a sua adaptação à nova situação.

A leitura e análise do Gráfico n° 67, referente à questão n° 25, evidencia que 35(56%) Enfermeiros, sentem necessidade de formação na temática *medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com afeção geniturinária (incluindo o companheiro/conviventes significativos)*, temática cuja análise se considera semelhante à realizada para a temática *medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher com patologia ginecológica*, relacionada com a análise do gráfico referente à questão n° 23 sobre diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com afeções do aparelho geniturinário, manifestada por 19(30%) Enfermeiros. Trata-se de situações que afetam a área genital da mulher, logo a sua qualidade de vida e concomitantemente a satisfação sexual, uma vez que as afeções geniturinárias podem apresentar sintomas de dor pélvica, prurido, leucorreia (corrimento vaginal), entre outros, que não dão à mulher estado físico e psíquico para uma relação coital. Neste contexto, e sabendo que algumas das afeções são decorrentes de infeções sexualmente transmissíveis, importa que os companheiros sejam observados pois podem ter a patologia sob a forma assintomática (Melles et al., 2000; Júnior et al., 2010).

Na temática *complicações pós-cirurgia do aparelho geniturinário*, foram 34(54%) Enfermeiros que referiram necessidade de formação, e na temática *tratamento das afeções do aparelho geniturinário (incluindo as complicações pós-cirúrgicas)* foram 31(49%) Enfermeiros

que manifestaram essa necessidade. Tendo em conta a proximidade das temáticas pela componente pós-cirurgia realiza-se uma abordagem conjunta. Sendo o aparelho geniturinário feminino formado pelo aparelho genital e pelo aparelho urinário em que o genital é composto por vários órgãos interiores (como os ovários, trompas de Falópio, útero e vagina) e por vários órgãos exteriores (como o monte púbico, os grandes e pequenos lábios, o espaço interlabial ou vestibulo, os órgãos erécteis como o clítoris e os bulbos vestibulares, as glândulas anexas como as uretrais, parauretrais e vestibulares) (Bernardes, 2011), muitos podem ser os tipos de cirurgia genital. No que se refere ao aparelho urinário feminino, semelhante ao masculino, consiste num conjunto de órgãos implicados na formação e depósito da urina, como dois rins, dois ureteres, uma bexiga e uma uretra que é menor que a do sistema urinário masculino (Arone, 2008). As afeções do trato geniturinário que foram sujeitas a tratamento cirúrgico podem ter complicações pós operatórias decorrentes da intervenção ou de infeções nosocomiais decorrentes da estadia da mulher no hospital, mais exposta a patógenos assim como ao comprometimento do seu sistema imunitário estar mais vulnerável assim como à realização de procedimentos invasivos na região pélvica. As razões anatómicas femininas, não estão alheias à maior facilidade da mulher contrair infeções, pois a uretra, a vagina e o ânus encontram-se localmente muito próximos (Mazzo et al., 2014). Neste contexto, favorecem os diagnósticos de enfermagem induzem a uma prática, ética e deontológica, correta na abordagem individualizada à mulher, com afeções e em situação pós-cirurgia do aparelho geniturinário, pois os focos de atenção estão na mulher visando o seu restabelecimento/alta clínica. A abordagem dos diagnósticos deve incluir a mulher como elemento da equipa que visa o seu cuidado, pois o seu contributo na validação dos diagnósticos de enfermagem enumerados e na aceitação das intervenções descritas inclui a mulher o mais possível no seu tratamento, comprometendo-a na sua própria recuperação. Tal como Nunes (2004: 9) refere *“a função ética de Enfermagem é guiar a atividade do Enfermeiro a favor do bem presumido do Outro, sabendo-se que as decisões de enfermagem afetam significativamente a vida das pessoas, tanto hoje como amanhã”*.

Questão n° 26. No âmbito de PROVIDENCIAR CUIDADOS à MULHER com AFEÇÕES da MAMA e facilitar a sua adaptação à nova situação, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

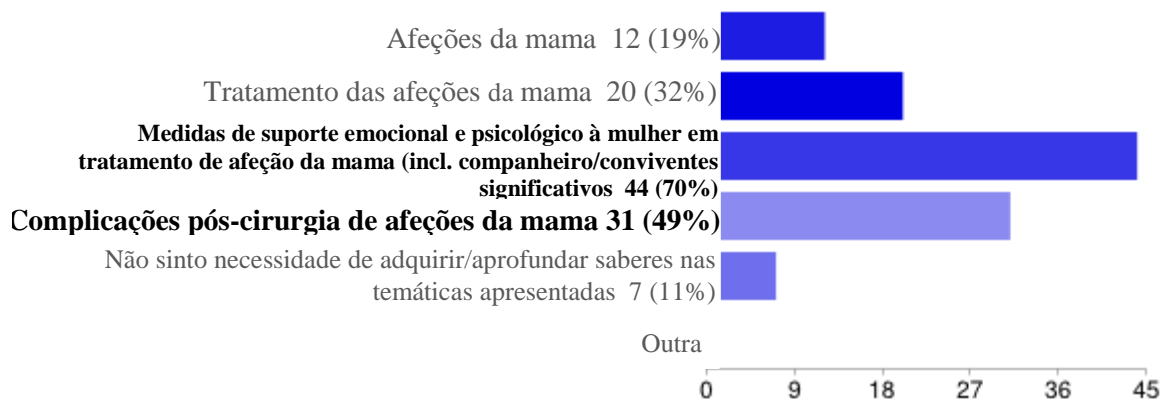


Gráfico n° 68. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: providenciar cuidados à mulher com afeções da mama e facilitar a sua adaptação à nova situação.

A leitura e análise do Gráfico n° 68, referente à questão n° 26, evidencia que 44(70%) Enfermeiros, sentem necessidade de formação na temática *medidas de suporte emocional e psicológico à mulher em tratamento de afeção da mama (incluindo o companheiro/conviventes significativos)*, Tendo em conta, que o corpo é a parte mais concreta do nosso ser, e que os pensamentos e as emoções são mais subtis e podem ser mascarados, manipulados ou até mesmo não reconhecidos, o que não é possível ao corpo fazer quando tem a provação da dor, pois manifesta-a com clareza. Muitos dos desconfortos físicos, devem-se a emoções exacerbadas como é o caso da raiva e da mágoa, entre outras, e torna-se impossível separar o corpo, a mente e a emoção. A mulher, quando tem um problema na mama, vive a ansiedade do diagnóstico correto, pois o significado de patologia mamária indicia a pior das hipóteses que é o cancro da mama, envolve a ansiedade sentida neste período de espera, a vivência antecipada para a aceitação da doença, da possível alteração da sua imagem, da representação do seu corpo com as suas mamas, o medo da doença e da morte, a impossibilidade de trabalhar e a repadronização dos seus hábitos de vida caso o diagnóstico se confirme. O companheiro e a família e amigos, vivenciam sentimentos semelhantes embora em menor escala. Se o cancro, ou patologia da mama grave, é uma realidade impõe-se o cenário descrito mas com a carga irrevogável da certeza, da confirmação diagnóstica. Segue-se, o itinerário terapêutico que preocupa a mulher em relação ao seu corpo, alimentação, aparência, espiritualidade, estar em presença dos profissionais de saúde e sujeitar-se aos cuidados por eles prestados mais as questões que emergem e a procura de informação e esclarecimento para elas (Rosa, 2011). Toda esta vivência da mulher, emocional e psicologicamente afetada, por se encontrar em tratamento por patologia mamária é uma preocupação para os Enfermeiros que dela cuidam que necessitam de replanejar os cuidados de enfermagem desde o atendimento nos cuidados de saúde primários aos diferenciados, incluindo os paliativos, numa perspectiva de uma equipa multidisciplinar com as diferentes vertentes de

ação do Enfermeiro especialista, a saber a área da enfermagem médico-cirúrgica na vertente oncológica e/ou paliativa, da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e da enfermagem perioperatória em primazia, para que o cuidado prestado à mulher seja holístico e dirigido aos seus problemas sentidos/manifestados.

A temática *complicações pós-cirurgia de afeções da mama* no âmbito de providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação à nova situação, foi referida como necessária de formação contínua por 31(49%) Enfermeiros. Uma cirurgia mamária por cancro, em que se procedeu a mastectomia (remoção da mama), pode desenvolver complicações como a retirada dos linfonodos axilares (mastectomia radical), para garantir a extinção da doença, facto que leva à formação de linfedema nos membros superiores (recorre-se à drenagem linfática manual como um recurso seguro para controle do edema) (Vasconcelos et al., sd.). Outras complicações, podem surgir, como aderência pericicatrizial, a restrição de amplitude de movimentos do membro superior mais próximo da região afetada, a desicência da sutura, sensação de peso no membro superior, restrição de amplitude de movimento do ombro, de dor... as medidas promotoras de bem-estar das mulheres mastectomizadas, são indicadas quer pelos Enfermeiros quer pelos fisioterapeutas, são para além de cuidados com o braço, a autodrenagem linfática e os exercícios domiciliários do membro superior (Nascimento et al., 2012).

9.1.3.7. Comunidade

Questão n° 27. No âmbito de PROMOÇÃO DE SAÚDE da MULHER (como pessoa individual ou em grupo-alvo), sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

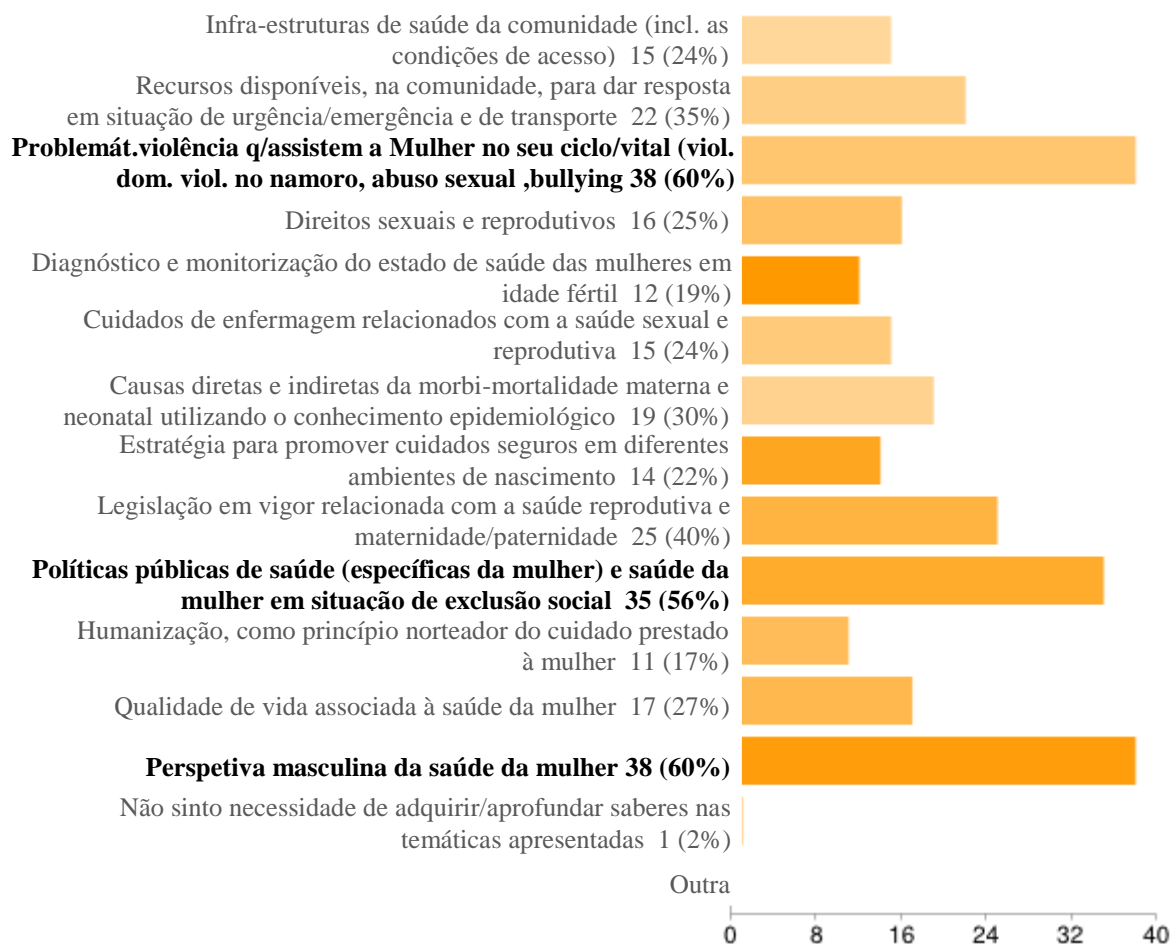


Gráfico nº 69. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: promoção de saúde da mulher (como pessoa individual ou em grupo-alvo).

A leitura e análise do Gráfico nº 69, referente à questão nº 27, evidencia que 38(60%) Enfermeiros, sentem necessidade de formação nas temáticas *perspetiva masculina da saúde da mulher* e *problemáticas de violência que assistem a mulher no seu ciclo vital, como é o caso da violência doméstica, da violência no namoro, do abuso sexual e do bullying*. A saúde das mulheres vista pela perspetiva masculina não é uma temática estudada. A pesquisa de Silva (2010) estudou o homem na área do cuidado de si, sob a perspetiva masculina, em que se parte da representação social de que o homem tem uma preocupação incipiente com a sua saúde e aparente relutância de cuidar da sua saúde, mas que chegam a resultados de que o homem concebe cuidados de forma abrangente e singular, que se constitui ser de cuidado de si como do outro e que o pratica através de atitudes e ações diversificadas. Outro estudo (Costa-Júnior, 2009) conclui igualmente, que os homens cuidam menos da sua saúde, porque têm dificuldades em se afastarem do trabalho, procuram por ajuda médica apenas diante de situações críticas que impõem limites na vida social e adoecem de modo mais severo. As conclusões identificadas, nos estudos referidos, enfatiza a necessidade de elaboração de políticas de saúde, que objetivem a promoção de saúde

do homem. Facto que, de certa forma, justifica a sinalização da temática pelos Enfermeiros, sujeitos do estudo, como sentida de necessidade em aprofundar conhecimentos/desenvolver competências sobre *perspetiva masculina da saúde da mulher*.

No que se refere à temática *políticas públicas de saúde específicas da mulher e da saúde da mulher em situação de exclusão social*, que foi referida por 35(56%) Enfermeiros, como tendo necessidade de aprofundar conhecimentos em formação, considera-se pertinente refletir sobre o impacto da crise económica e sobre as reformas do sistema de saúde português, que criaram barreiras socioeconómicas no acesso, das mulheres imigrantes e de outros grupos vulneráveis, à saúde materno-infantil e à saúde reprodutiva, pois na sua grande maioria, não têm médico de família e encontram-se sem solução à vista. Alguns profissionais de saúde, no contexto do seu trabalho diário, abrem excessões na interpretação dos regulamentos do sistema de saúde, no sentido de atender às necessidades específicas das mulheres mais vulneráveis e com problemas em seguir, de forma regular, o acompanhamento do médico. Por outro lado, a promoção da sensibilidade no relacionamento interpessoal, entre o profissional de saúde e a mulher, baseado em atitudes de empatia e humildade, promovem uma proximidade entre profissional e mulher, e um maior conhecimento e compreensão da situação contextual da mulher. Estas situações, muitas vezes realizadas ao revés das orientações do sistema nacional de saúde não são a resolução desta situação que exige uma intervenção planeada e articulada no próprio sistema nacional de saúde no sentido de encontrar soluções duradouras que promovam a equidade da saúde da mulher, da saúde sexual e reprodutiva e da saúde materno – infantil (Manaset et al., 2010).

A temática assinalada, como sentida necessária aprofundar conhecimentos, por 38(690%) Enfermeiros, foi a referente à *problemática da violência que assistem a mulher no seu ciclo vital, como a violência doméstica, a violência no namoro, o abuso sexual e o bullying*. Os cuidados de enfermagem, prestados a uma vítima de violência doméstica, devem ser planeados para promover segurança, acolhimento, respeito e satisfação das necessidades individuais da mulher, e dos seus filhos. Como fenómeno, que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, a violência ocorre em populações de diferentes níveis de desenvolvimento social e económico, pelo que o drama da violência doméstica faz parte do quotidiano das cidades, do país e do mundo e talvez pela sua banalidade é percebido pela sociedade como algo que naturalmente faz parte da vida (Teles e Melo, 2003). Em Portugal, cada vez mais a violência é tratada como um problema de saúde e como tal deve ser objeto de estudo devido ao impacto que causa nas vidas das pessoas afetadas e nos investimentos aplicados pelo governo para reduzir os índices de criminalidade. Segundo Schraiber e Oliveira (2006), mundialmente, uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma forma de abuso durante a vida. Os índices de violência doméstica, devem ser estudados, conhecidos e abordados pelos profissionais das esferas jurídica,

policial, psicossocial e de saúde, pois as vítimas necessitam de cuidado devido ao seu sofrimento e adoecimento. Não se deve descuidar a participação do serviço social que é fundamental neste processo. Outra forma de violência, é a das relações de intimidade onde a denominada violência do namoro se insere e que afeta essencialmente as mulheres das camadas mais jovens. Este tipo de violência, tem repercursões que podem perdurar pela vida toda e manter-se ao longo de várias gerações. No que diz respeito aos efeitos na saúde salientam-se as lesões corporais, a gravidez indesejada, a interrupção voluntária da gravidez ou o aborto clandestino realizado com mais de 10 semanas de gestação, as complicações ginecológicas, as infeções sexualmente transmissíveis (incluindo o HIV), o stress pós-traumático, a depressão e suicídio (OMS, 2010). Na forma, de violência expressa contra a mulher, através de abuso sexual/violência sexual, é importante referir que os profissionais de enfermagem têm demonstrado a sua preocupação através da realização de pesquisas, com publicação dos seus resultados, pois o primeiro contacto da mulher na instituição de saúde é com o Enfermeiro e este, deve acontecer num acolhimento humanizado, em que importa cuidar as mazelas físicas da mulher e manter a relação terapêutica conseguida obter com uma postura da escuta e valorização da mulher. Desta forma, o acolhimento da mulher vítima de violência por abuso sexual deve ser vivenciada pelo Enfermeiro e pela mulher desde a sua entrada na instituição para que a mulher e família se sintam seguros, protegidos, quer no tipo de atendimento prestado, quer na garantia do sigilo profissional, e dos encaminhamentos realizados (Takemoto e Silva, 2007).

O *bullying*, pode ser classificado como directo, quando as vitimas são atacadas de forma directa, ou indireto quando estão ausentes, nomeadamente o *bullying* é directo consiste nos apelidos, as agressões físicas, as ameaças os roubos, as ofensas verbais ou as expressões e os gestos que geram mal-estar aos alvos, Já o *bullying* indireto compreende atitudes de indiferença, de isolamento, de difamação e de negação aos desejos, sendo mais adotados pelas meninas (Neto, 2005).

Questão n° 28. No âmbito do DIAGNÓSTICO PRECOCE e INTERVENÇÃO na MULHER, no sentido de PREVENIR COMPLICAÇÕES na área da SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

Temáticas:	Nº	%
Mutilação Genital Feminina (no sentido da capacitação das pessoas, visando identificação e prevenção desta prática em novas gerações)	42	67,7
Práticas de saúde, tradicionais e contemporâneas, tendo em conta a identificação dos seus riscos e benefícios para a saúde da mulher	31	50
Benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis	28	45,2
Programa Nacional de Vacinação/Serviços de Imunização	13	21
Condições apropriadas à prática clínica	12	19,4
Saúde Sexual e Reprodutiva	6	9,7
Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas	1	

Tabela nº 1. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: diagnóstico precoce e intervenção na mulher, no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.

A leitura e análise da Tabela nº 1, referente à questão nº 28, demonstra que 42(67,7%) Enfermeiros, sentem necessidade de formação na temática Mutilação Genital Feminina, no sentido da capacitação das pessoas, visando identificação e prevenção desta prática em novas gerações. A OMS considerou Portugal um país de risco relativamente a prática de Mutilação Genital Feminina, devido ao aumento do fluxo de imigrantes provenientes de países onde a prática é recorrente, bem como à lacuna existente ao nível nacional no que reporta a uma legislação específica que criminalize a Mutilação Genital Feminina. Esta prática, apenas está prevista no Artigo 144º.do código penal, que condena os danos à integridade física grave dos indivíduos (no sentido lato), sendo que os imputados incorrem numa pena compreendida entre os três a doze anos. Porém, mesmo se a prática de Mutilação Genital Feminina, não se realizar em solo português, e estiver confinada aos países de origem das comunidades imigrantes, importa assegurar às mulheres imigrantes que residem em Portugal, cuidados médicos adequados às suas necessidades específicas, bem como desenvolver estratégias de intervenção, com o intuito de minimizar as consequências físicas e psicológicas resultantes da Mutilação Genital Feminina, conferindo a estas mulheres uma maior qualidade de vida. Assim sendo, ao nível da saúde é necessário formar os profissionais de saúde, principalmente os que estão relacionados com a saúde materno fetal e infante juvenil no sentido de os dotar de conhecimentos teóricos e técnico científicos para poderem realizar um atendimento de saúde, a estas mulheres e meninas, dirigido e especificamente adequado face à sensibilidade da problemática que as afeta. A educação para a saúde no sentido da prevenção pela elucidação dos elementos dos grupos étnicos praticantes, assim como a informação das condições jurídicas adjudicadas a esta causa. Outra temática registada pelos Enfermeiros foi *práticas de saúde, tradicionais e contemporâneas, tendo em conta a identificação dos seus riscos e benefícios para a saúde da mulher* com a sinalização de 31(50%) Enfermeiros interessados em aprofundar conhecimentos nesta área. Permissa, que se

correlaciona com a temática anterior sobre a Mutilação Genital Feminina, aqui, também ela é uma prática tradicional e contemporânea de muitos países da África subsariana.

Quanto à temática *benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis*, dita por 28(45,2%) Enfermeiros como tendo necessidade de aprofundar conhecimentos revela a preocupação que existe em ter conhecimento para melhor transmitir, mas também porque é uma temática controversa atual, porque se houve constantemente falar sobre o parto normal, sobre a vontade da mulher expressa no Plano de Nascimento, sobre o parto humanizado... que leva a que o Enfermeiro sinta necessidade de se atualizar e essencialmente perceber, para poder cuidar em conformidade com a vontade da pessoa (Frello e Carraro, 2010).

Questão nº 29. No âmbito da INTERVENÇÃO na MINIMIZAÇÃO das CAUSAS de MORBILIDADE e MORTALIDADE MATERNO-FETAL, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

Temáticas:	Nº	%
Intervenções no campo de ação da saúde do neonato	33	55
Intervenções no campo de ação da saúde sexual e reprodutiva	32	53,3
Causas de morbilidade fetal	22	36,7
Causas de morbilidade materna	19	31,7
Causas de mortalidade materna	18	30
Causas de mortalidade fetal	16	26,7
Não sinto necessidade de adquirir/aprofundar saberes nas temáticas apresentadas	10	16,7

Tabela nº 2. Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face ao tema: intervenção na minimização das causas de morbilidade e mortalidade materno-fetal.

A leitura e análise da Tabela nº 2, referente à questão nº 29, demonstra que 33(55%) Enfermeiros, sentem necessidade de formação na temática *intervenções no campo de ação da saúde do neonato*, que é referente a uma área de intervenção específica do Enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, a Neonatologia. O atendimento da pessoa, tão vulnerável como é o recém-nascido, tem sido ao longo dos tempos uma preocupação da enfermagem, o que justifica a necessidade dos Enfermeiros, sujeitos do estudo, face à perceção da sua competência para agir (Oliveira e Rodrigues, 2005).

A temática *intervenções no campo de ação da saúde sexual e reprodutiva*, no âmbito da intervenção na minimização das causas de morbilidade e mortalidade materno-fetal, foi

manifestada por 32(52,3%) Enfermeiros, como necessária em aprofundar conhecimentos, o que vai corroborar com as temáticas assinaladas em resposta às questões relacionadas com o planeamento familiar, a gravidez, o aborto, o puerpério... A área da saúde da mulher enquanto ser reprodutivo é o espelho dos cuidados de saúde de um país, visto pelas lentes das taxas de mortalidade e morbidade materno-fetal (OE, 2013).

As causas da morbidade fetal, foi a temática referida por 22(33,7%) Enfermeiros, pois a sua preocupação reside na necessidade de ter conhecimentos sobre o que se passa intra útero que possa provocar doença exógena ao feto, que patologias a mãe pode transmitir e assim provocar morbidade fetal... consiste numa área de intervenção muito específica e que está muito sobre o controle biomédico, pois ainda não é possível ao Enfermeiro cuidar do feto sem cuidar da mãe que lhe dá suporte vital à sua existência. Porém, muitas são as inovações da ciência no tratamento, até cirúrgico de patologias ou malformações genéticas identificadas através da ecografia e que com o mesmo meio se presta tratamento intraútero como é o exemplo da transfusão sanguínea fetal (Sousa, 2013) e o tratamento cirúrgico intrauterino de malformações fetais (Sbragia, 2010).

9.1.3.8. Temáticas Transversais num Curso de Formação Contínua na área de Saúde da Mulher

Questão n° 30. De entre as TEMÁTICAS TRANSVERSAIS apresentadas, assinale a/as em que gostaria de aprofundar saberes num Curso de Formação Contínua, sente necessidade de adquirir/aprofundar saberes em:

Temáticas:	N°	%
Comunicação Terapêutica / Relação de Ajuda	36	57,1
Gestão de Cuidados	26	41,3
Ética e Deontologia	25	39,7
Direito em Enfermagem	24	38,1
Investigação (baseada na evidência científica)	24	38.
Psicologia	24	38,1
Sócio antropologia	17	27
De entre as temáticas apresentadas nenhuma me interessa	6	9,5

Tabela n° 3. Sinalização dos Enfermeiros das temáticas transversais apresentadas.

A leitura e análise da Tabela nº 3, referente à questão nº 30, demonstra que no que se refere às temáticas, consideradas transversais num curso de formação em enfermagem, as necessidades sentidas, ou até mesmo a valorização que se lhe dá no desempenho quotidiano da profissão. Assim, 36(57,1%) Enfermeiros, sentem necessidade de formação na temática *comunicação terapêutica e relação de ajuda*. Na enfermagem a comunicação é um instrumento essencial no cuidar da pessoa/paciente, da sua família e até mesmo do próprio Enfermeiro. É determinante, nas alianças que são estabelecidas, logo imprescindível a uma prática clínica eficaz (Arranz et al., 2003). Bushinski e Cummings (2007), no seu estudo especificamente direcionando para o papel do Enfermeiro, referem-se à forma e ao tempo em que a comunicação entre o Enfermeiro e a pessoa a seu cuidado, incluindo a família, numa situação de cuidar em fim de vida, como fundamental no claro entendimento dos valores, objetivos e planos das pessoas envolvidas. A postura de silêncio e fastamento de uma comunicação efetiva, como muitas vezes se adapta, não é benéfica e estrutural da vivência da ausência do outro expressa por luto. A aquisição de competências relacionais, especificamente, quando a situação da pessoa é crítica e pouco promissora torna-se numa necessidade para um bom desempenho profissional, com postura, com intervenções claramente humanas e cientificamente clarificadas em prol do bem-estar do outro seja qual for a sua situação problemática de vida. A relação de ajuda e comunicação terapêutica é tema de unidade curricular em alguns Planos de Estudos dos Cursos de Enfermagem, por se ter identificado a necessidade de os Enfermeiros precisarem de se conhecer a si próprios e terem conhecimentos sobre estratégias para melhor relacionarem-se com as pessoas/pacientes e suas famílias. A enfermagem tem a responsabilidade de contribuir para a política de saúde, e para a coordenação e gestão dos serviços de saúde. O Conselho Internacional de Enfermagem, entidade máxima da profissão, visa que os Enfermeiros contribuam para a política de saúde local, nacional e internacional, através do assumir de papéis de gestão e liderança, assim como através das associações profissionais de enfermagem e da Ordem dos Enfermeiros, como é o caso português, de ser uma profissão regulamentada por uma ordem profissional. A temática *gestão de cuidados* foi referida por 26(41,3%) Enfermeiros, o que revela a preocupação destes em saber mais sobre gestão, para melhor corresponder com os seus pares hierarquicamente superiores na resposta das suas obrigações, como na leitura e programação dos cuidados a prestar aos seus pacientes. Embora o Enfermeiro, dito de cabeceira, seja o prestador direto dos cuidados à pessoa, não se deve esquecer que toda a equipa, todo o serviço, departamento, instituição de saúde... até às entidades com funções globalizadoras do sistema de saúde, desenvolvem a sua atividade em função do bem-estar dos cidadãos, visando a prevenção da doença, a promoção de saúde e o tratamento eficaz para repor a pessoa em plena saúde (Fradique e Mendes, 2013). A gestão é um conteúdo programático que integra, atualmente, todos os planos de estudos dos demais existentes cursos profissionalizantes, pelo que num curso de enfermagem faz, com certeza, todo o sentido na aquisição de saberes e desenvolvimento de competências dos seus estudantes. A temática da

gestão de cuidados, é lecionada nos cursos de licenciatura em enfermagem, a um nível de gestão primária e consequente à gestão do Enfermeiro do seu desempenho funcional, em prol do/ cidadãos em situação de saúde-doença a quem presta cuidado.

A temática *ética e deontologia* foi sinalizada por 25(39,7%) Enfermeiros, e tem semelhante leitura à dos cuidados de enfermagem, no que respeita á sua universalidade. As normas e princípios, os direitos e deveres, são considerações que deverão ser assumidas por todos as pessoas, logo os Enfermeiros estão incluídos. O levar em consideração, prioritariamente a necessidade e o direito de assistência de enfermagem à população, os interesses do profissional e da sua organização são temáticas pertinentes em que o Enfermeiro deve pensar, discutir sobre.... Pois deve visar os seus pacientes por uma assistência holística, de qualidade, sem riscos e acessível a todos. Ter conhecimentos de ética leva a que o Enfermeiro se torne com uma visão mais alargada dos outros, mais aberta à possibilidade de entendimento do outro, das suas causas, da sua maneira de pensar e agir, nomeadamente para uma mudança de moral. O estudo da ética possibilita pensar em... em descobrir o verdadeiro sentido (moral) da vida. O Código Deontológico dos Enfermeiros portugueses está inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e publicado pela Lei nº 111 de 16 de setembro de 2009. Ética e deontologia profissional é uma disciplina que incorpora os planos de estudos de qualquer curso de enfermagem, independentemente do seu nível ou grau.

9.1.3.9. Motivos dos Enfermeiros para participarem num Curso de Formação Contínua na área de Saúde da Mulher.

Questão nº 31. Assinale a sua opinião de concordância com os MOTIVOS apresentados e que a/o levam a PARTICIPAR num Curso de Formação Contínua.

MOTIVOS \ Concordância	Totalmente em desacordo	Discordo	Concordo	Totalmente de acordo
• Aquisição de conhecimentos			14 (6,6%)	49 (23,1%)
• Interesse pessoal pelas temáticas			18 (8,5%)	46 (21,7%)
• Desenvolvimento de			18 (8,5%)	45 (21,2%)

competências				
• Reflexão sobre situação social e política da enfermagem atual		8 (3,8%)	40 (7,5%)	16 (7,5%)
• Obtenção de qualificação profissional	2 (9,9%)	14 (6,6%)	26 (12,3%)	21 (9,9%)
• Refletir sobre os resultados científicos recentes	1 (0,5%)	3 (1,4%)	29 (13,7%)	28 (13,2%)
• Procura de saberes orientados para a resolução de problemáticas específicas da sua prática profissional de enfermagem		3 (1,4%)	21 (9,9%)	38 (17,9%)
• Aquisição de conhecimentos para desempenho de funções específicas	1 (0,5%)	3 (1,4%)	25 (11,8%)	34 (16%)
• Encontro com outros pares (profissionais de enfermagem)	2 (0,9%)	9 (4,2%)	39 (18,4%)	14 (6,6%)
• Partilha de conhecimentos/experiência com outros Enfermeiros formandos	1 (0,5%)	6 (2,8%)	34 (16%)	23 (10,8%)
• Compreensão e implementação de novos saberes	1 (0,5%)		24 (11,3%)	39 (18,4%)
• Conhecer o estado da arte sobre a temática	1 (0,5%)	5 (2,4%)	33 (15,6%)	25 (11,8%)
• Melhorar a prestação de cuidados com base em novos conhecimentos e evidência científica	1 (0,5%)	1 (0,5%)	13 (6,1%)	48 (22,6%)
• Procura de maior motivação/satisfação profissional	1 (0,5%)	5 (2,4%)	25 (11,8%)	33 (15,6%)

Tabela nº 4. Registo de opinião de concordância com os motivos apresentados e que levam, o Enfermeiro a participar num curso de formação contínua.

A leitura e análise da Tabela nº 4 refletem os motivos, que levam os Enfermeiros a realizar um curso de formação contínua. Em apreciação, os motivos mais evidenciados, como: *aquisição de conhecimentos, interesse pessoal pelas temáticas, desenvolvimento de competências, procura de saberes orientados para a resolução de problemáticas específicas da sua prática profissional de enfermagem, aquisição de conhecimentos para desempenho de funções específicas, compreensão e implementação de novos saberes e procura de maior motivação/satisfação profissional*, revelam o estado dos Enfermeiros para a aquisição de novos saberes e desenvolvimento de competências específicas que contribuam para a sua decisão interventiva nas áreas que são do seu interesse pessoal (porventura desenvolvida pelo seu projeto profissional em formação contínua ou

avançada dentro do campo profissional). A motivação profissional é uma permissa que emerge e que pode sintetizar o desencanto dos profissionais face à profissão que abraçaram e que não lhes oferece perspectivas de evolução na carreira, para além do vínculo ao local de trabalho ser precário, uma realidade em muitas das situações dos Enfermeiros portugueses que no contexto atual estão a preferir emigrar para países que lhes oferecem melhores condições de trabalho, com vínculo à instituição, melhor salário, e condições de acesso à proressão na carreira.

CONCLUSÕES

PRINCIPAIS DEDUÇÕES

Introdução	393
10.1. <i>Compilação de respostas.</i>	393
10.1.1. <i>Áreas profissionais assinaladas para um curso de Formação Contínua em Enfermagem.</i>	393
10.1.2. <i>Temáticas sinalizadas como necessárias de formação, na área da Saúde da Mulher.</i>	393
10.1.3. <i>Temáticas sinalizadas como transversais num curso de Formação Contínua em Enfermagem, na área da Saúde da Mulher.</i>	397
10.1.4. <i>Motivos referidos, para participar num curso de Formação Contínua em Enfermagem, na área da Saúde da Mulher.</i>	397

“Necessidades formativas dos Enfermeiros, na área da saúde da mulher”.
(Marques, 2009).

Introdução

No presente capítulo apresentam-se as temáticas evidenciadas pelos Enfermeiros, sujeitos do estudo em função da sua sinalização no questionário e já analisadas na parte 2. O conjunto das temáticas são de relevante importância para o desenho de um curso de formação contínua ajustado às necessidades dos Enfermeiros respondentes, a implementar num curso de formação contínua no distrito de Setúbal, área geográfica das instituições empregadoras dos Enfermeiros.

Igualmente, se assinalam as temáticas consideradas pertinentes pela sua transversalidade, incluir num plano de estudos de um curso de Formação Contínua em Enfermagem.

A razão da motivação para a frequência dum curso de formação contínua em enfermagem.

Visa-se, a apresentação sistematizada, para uma leitura mais sintetizadora e sucinta, do que foi mais valorizado pelos sujeitos do estudo.

10.1. Compilação de respostas

10.1.1. Áreas profissionais assinaladas para um curso de Formação Contínua em Enfermagem

- Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Pessoa em Situação Crítica

10.1.2. Temáticas sinalizadas, como necessárias de formação, na área da Saúde da Mulher

Planeamento para a Família e Pré-concepcional

- Recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional;
- Regulação da fecundidade e da fertilidade;

- Planeamento familiar e pré-concepcional;
- Identificação de problemas relacionados com a vivência da sexualidade;
- Identificação e monitorização do potencial de risco pré-concepcional e obstétrico;
- Intervenções à mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo o companheiro;
- Intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher;
- Identificação e orientação da mulher com Mutilação Genital Feminina;
- Intervenção à mulher com disfunções sexuais, com problemas de fertilidade; ou sendo portadora de IST;
- Medidas de suporte emocional e psicológico a serem dirigidas à mulher com disfunções sexuais e ou com problemas de fertilidade.

Gravidez

- Conhecimentos e desenvolver técnicas necessárias à abordagem básica e avançada das urgências e emergências obstétricas;
- Plano de Nascimento;
- Aprofundar saberes e desenvolver competências sobre complicações após aborto;
- Identificação e monitorização de trabalho de abortamento;
- Promoção da saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto;
- Desvios à gravidez fisiológica;
- Desvios ao padrão de adaptação à gravidez;
- Medidas de apoio à mulher/companheiro/conviventes significativos no período de luto em caso de abortamento;
- Medidas de suporte básico de vida à grávida em situação crítica;
- Conhecimentos e técnicas necessárias à abordagem básica e avançada das urgências e emergências obstétricas.

Parto

- Reanimação do recém-nascido;
- Medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina;
- Desvios ao padrão do trabalho de parto e parto normal;
- Prevenção e controlo da dor do trabalho de parto através da intervenção não farmacológica e da intervenção farmacológica;
- Riscos iatrogénicos no trabalho de parto;
- Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e como a promoção do conforto e bem-estar da puérpera/recém-nascido/companheiro ou convivente significativo;
- Promoção do conforto e bem-estar da grávida/companheiro ou convivente significativo;

- Ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto;
- Retenção da placenta;
- Suporte emocional e psicológico à parturiente em trabalho de parto e intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto;
- Complicações da gravidez e do parto.

Puerpério

- Saúde mental na vivência do puerpério;
- Recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida;
- Parentalidade responsável;
- Factores potenciadores da saúde da mulher após o parto;
- Identificação e monitorização do estado de saúde da puérpera e do recém-nascido;
- Processo de transição e adaptação à parentalidade, incluindo a parentalidade partilhada;
- Medidas de apoio à mulher/companheiro/conviventes significativos em situação de luto (morte fetal);
- Intervenções de recuperação pós-parto;
- Suporte emocional e psicológico, dirigidas à puérpera, companheiro e ou conviventes significativos.

Climatério

- Alterações (físicas/psíquicas) associadas ao climatério;
- Promoção da saúde mental na vivência do climatério;
- Contraceção na pré-menopausa;
- Disfunções sexuais (na mulher e companheiro) decorrente da menopausa;
- Medidas preventivas das alterações adstritas ao climatério/menopausa, como as psicológicas, as emocionais e as sexuais;
- Medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher em menopausa.

Ginecologia

- Disfunções sexuais (na mulher e companheiro) decorrente da patologia ginecológica;
- Medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher com patologia ginecológica;
- Medidas preventivas das alterações adstritas à patologia ginecológica;

- Medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher com patologia ginecológica;
- Medidas preventivas das alterações adstritas à patologia ginecológica;
- Intervenções à mulher com afeções do aparelho genitourinário (incluindo companheiro/conviventes significativos);
- Risco da mulher para afeções do aparelho genitourinário;
- Medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher com patologia ginecológica;
- Intervenções à mulher com afeções da mama (incluindo companheiro/conviventes significativos);
- Risco da mulher para afeções da mama;
- Medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com afeção geniturinária (incluindo o companheiro/conviventes significativos);
- Medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher com patologia ginecológica;
- Complicações pós-cirurgia do aparelho genitourinário;
- Tratamento das afeções do aparelho genitourinário (incluindo as complicações pós-cirúrgicas);
- Medidas de suporte emocional e psicológico à mulher em tratamento de afeção da mama (incluindo o companheiro/conviventes significativos);
- Complicações pós-cirurgia de afeções da mama.

Comunidade

- Perspetiva masculina da saúde da mulher;
- Problemáticas de violência que assistem a mulher no seu ciclo vital;
- Políticas públicas de saúde específicas da mulher;
- Saúde da mulher em situação de exclusão social;
- Problemática da violência que assiste a mulher no seu ciclo vital, como a violência doméstica, a violência no namoro, o abuso sexual e o bullying;
- Mutilação Genital Feminina (no sentido da capacitação das pessoas, visando identificação e prevenção desta prática em novas gerações);
- Práticas de saúde, tradicionais e contemporâneas, tendo em conta a identificação dos seus riscos e benefícios para a saúde da mulher;
- Benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis;
- Intervenções no campo de ação da saúde do neonato;
- Intervenções no campo de ação da saúde sexual e reprodutiva;

- Causas de morbilidade fetal.

10.1.3. Temáticas sinalizadas, como transversais num curso de Formação Contínua em Enfermagem, na área da Saúde da Mulher

- Comunicação Terapêutica / Relação de Ajuda;
- Gestão de Cuidados;
- Ética e Deontologia.

10.1.4. Motivos referidos, para participar num curso de Formação Contínua em Enfermagem, na área da Saúde da Mulher

- Aquisição de conhecimentos;
- Interesse pessoal pelas temáticas;
- Desenvolvimento de competências;
- Procura de saberes orientados para a resolução de problemáticas específicas da sua prática profissional de enfermagem;
- Aquisição de conhecimentos para desempenho de funções específicas;
- Compreensão e implementação de novos saberes;
- Procura de maior motivação/satisfação profissional.

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

A problemática das necessidades de formação contínua dos enfermeiros que cuidam de mulheres em diferentes focos de atenção. Embora exista o curso de especialização em enfermagem de saúde materna e obstétrica, ele tem uma formação de 4 semestres, 2 anos, e nem todos os enfermeiros dispõem de condições económicas e até temporais para poder frequentar a especialidade. Por outro lado as necessidades de formação muitas vezes não vão de encontro a querer ser enfermeiro especialista mas sim em aprofundar conhecimentos numa temática específica, em contexto de curso de pós-graduação sem o mesmo dispêndio de tempo e dinheiro.

No distrito de Setúbal não existe nenhuma escola com o Curso de Especialização, pelo que os interessados ou vão para Lisboa ou vão para Évora.

Neste sentido e para fundamentar a possível construção de um curso de formação contínua, não conferente de grau, que dê resposta às necessidades dos enfermeiros do distrito realizou-se uma compilação de temáticas que resultam numa bolsa de temáticas passíveis de serem trabalhadas em módulos numa Unidade Curricular ou mais.

A revisão da literatura realizada para a construção do questionário que se colocou em análise crítica aos peritos do painel WebDelphy foi extensa, contudo considerada necessária para fundamentar as várias temáticas colocadas para apreciação e sinalização das consideradas pertinentes aprofundar conhecimentos.

As respostas ao questionário não resultaram numa amostra que se possa generalizar para a população. Dos 2 738 enfermeiros que desempenham funções nas instituições de saúde (hospitais e centros de saúde) estimou-se participação de 274 enfermeiros, mas obteve-se apenas 212 respostas.

A análise quantitativa dos dados recolhidos levou à identificação da área de enfermagem médico-cirúrgica (66 enfermeiros) como a de eleição para um curso de formação contínua em enfermagem, seguida da área de enfermagem em saúde materna e obstétrica (61 enfermeiros). Destes, emergiram as temáticas (das que estavam em apreciação) que consideraram ter necessidade de formação contínua na área de saúde da mulher, já agrupadas por área específica de intervenção de enfermagem na mulher, nomeadamente: Planeamento para a família e pré-concepcional; Gravidez; Trabalho de Parto/Parto; Puerpério; Climatério; Ginecologia e Comunidade, mais as unidades curriculares que consideraram pertinentes ser transversais a um curso de formação contínua em enfermagem na área de saúde da mulher (1. Relação de Ajuda e Comunicação Terapêutica; Gestão de Cuidados de Enfermagem; 3. Ética e Deontologia) e a revelação dos motivos que consideraram para participar num curso de formação contínua em enfermagem (como: aquisição de conhecimentos; interesse pessoal pelas temáticas;

desenvolvimento de competências e procura de saberes orientados para a resolução de problemáticas específicas da sua prática profissional de enfermagem).

Como implicação das conclusões obtidas considerou-se existir matéria para constructo de um desenho de plano formativo para um Curso de Pós-Graduação em Enfermagem: Saúde da Mulher que ora se apresenta:

IMPLICAÇÕES:

Esquema tipo de Curso de Pós-Graduação em Enfermagem: Saúde da Mulher

&*&*&*&*&*&*&*&*

1ª PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: SAÚDE DA MULHER

DESIGNAÇÃO DO CURSO E Nº DE CRÉDITOS

Pós Graduação em Enfermagem: Saúde da Mulher,

30 ECTS

DURAÇÃO DO CURSO

O curso terá a duração de um semestre.

FUNDAMENTAÇÃO

A Enfermagem na área da Saúde da Mulher é desenvolvida nas diferentes consultas que dão apoio à mulher ao longo do seu ciclo vital. Embora muito ligada ao planeamento familiar, consulta de saúde materna e consulta de clinica geral e familiar denota-se défice de alguns conhecimentos sobre determinadas áreas específicas do conhecimento de enfermagem devido ao curso de licenciatura não conter esses conteúdos programáticos. Como a investigação, a gestão dos cuidados, a relação de ajuda e comunicação terapêutica. No sentido de atualizar saberes

construiu-se o presente curso de pós-graduação especificamente estruturado a partir das necessidades de formação sentidas e assinaladas pelos enfermeiros, sujeitos do estudo: Saúde da Mulher: Necessidades de formação contínua dos enfermeiros do distrito de Setúbal e plano formativo. Desta forma, pretende-se efetuar um curso dirigido aos enfermeiros de cuidados gerais e aos enfermeiros especialistas que o considerarem.

Segundo a DGS (2012), a atividade do enfermeiro na área da saúde sexual e reprodutiva tem o seu foco de atenção *na promoção e proteção da saúde e bem-estar da mulher, companheiro e família/ comunidade, na promoção de saúde e prevenção de doenças relacionadas com a mulher, pelo que se justifica o desenvolvimento de competências nesta área e o investimento em formação dos enfermeiros, tanto mais que a OMS não deixa de acentuar o contributo dos serviços de saúde para equidade de género em saúde.*

Este curso pretende assim responder às necessidades de formação dos enfermeiros a desempenharem funções inerentes á área de saúde da mulher, contribuindo para que as mulheres e com quem ela conviva, possam usufruir das competências adquiridas pelos enfermeiros nesta formação.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM/ COMPETÊNCIAS

Espera-se que os estudantes sejam capazes de:

- Identificar e discutir a relevância da intervenção do Enfermeiro na área da Saúde da Mulher;
- Discutir e analisar as tendências e problemáticas da saúde pública e da enfermagem na área da saúde sexual e reprodutiva a nível nacional e internacional;
- Reconhecer a multidimensionalidade das problemáticas de saúde da mulher;
- Demonstrar competências clínicas na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem prestados à mulher;
- Tomar decisões fundamentadas na reflexão ética, profissional e social para gerir situações complexas em enfermagem na área da Saúde da Mulher;
- Aplicar instrumentos e práticas: do processo de enfermagem em contexto real da prática, do planeamento em saúde, epidemiológicos e de intervenção comunitária;
- Desenvolver e disseminar investigação em Enfermagem na área da Saúde da Mulher.

PLANO DO CURSO

UNIDADE CURRICULAR	Total horas	Horas Contacto ³⁰	Tipologia ³¹	ECTS	Área Científica	Prof. Responsável
Enfermagem da Mulher	270	60	T:35,S:25	10	ENF	
Ética em Saúde	54	12	T:8,S:4	2	ENF	
Sistema de saúde e políticas de saúde na área da Mulher e Saúde Reprodutiva	108	24	T:14,S:10	4	ENF	
Relação de Ajuda e Comunicação Terapêutica	81	18	T:10,S:8	3	ENF	
Gestão de Cuidados	81	18	T:18	3	ENF	
Patologias da Mulher	81	18	T:10,S:8	3	ENF	
Investigação em Enfermagem	135	30	T:25,OT:5	5	ENF	
TOTAL	810	180		30		

UNIDADE CURRICULAR: **Enfermagem da Mulher EM | Women's Nursing WN**

10 ECTS

REGENTE:

Horas de contacto: 35h

NOTA:

Unidade Curricular programada em módulos que podem ser requisitados separadamente. Para haver equivalência à uC deverá haver sobreposição de conteúdos programáticos consonantes.

³⁰ Em média, 6 a 7h de contacto por ECTS. 1 ECTS=27 horas

³¹ T - Teóricas; TP - Teórico-Práticas; S - Seminário

REFERENCIAL TEÓRICO

Num panorama de ensino científico-pedagógico visa-se acento nos propósitos das teorias de:

- (1) Ramona Mercer (Teoria da consecução do papel maternal);
- (2) Reva Rubin (Teoria da Identidade Maternal);
- (3) Dorothea Orem (Teoria que valoriza os processos de desenvolvimento humano, tendo em conta as condições e eventos que ocorrem durante o ciclo vital);
- (4) Madeleine Leininger (Modelo do Cuidado Transcultural).

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM:

Espera-se que o estudante desenvolva as seguintes:

COMPETÊNCIAS TRANSVERSAIS aos cursados da Escola

- Recolhe, analisa, problematiza e produz informação.
- Comunica eficientemente usando a Língua Materna.
- Organiza e planeia o trabalho.
- Utiliza metodologia de resolução de problemas.
- Realiza auto-avaliação.
- Sabe trabalhar em equipa.
- Demonstra capacidade de se adaptar a novas situações.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

- Assume responsabilidade pela sua aprendizagem.
- Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.
- Utiliza comunicação apropriada e capacidades interpessoais.
- Utiliza a tecnologia de informação disponível de forma eficaz e apropriada.
- Conhece o papel do enfermeiro de cuidados gerais no contexto da equipa multidisciplinar na área de Saúde Materna e Obstétrica.
- Discrimina estratégias que promovam a saúde da mulher/companheiro/RN/família.
- Conhece as metas relacionadas com a Saúde Materna e Obstétrica.
- Conhece a história e perspectivas actuais da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
- Conhece as características anatómicas e fisiológicas da maternidade.
- Identifica o desenvolvimento do indivíduo na perspectiva sexual e da expressão da sua sexualidade.
- Descreve as principais causas de infertilidade.
- Identifica climatério/ menopausa no ciclo vital da mulher.
- Fornece fundamentação adequada para a prestação dos cuidados de enfermagem à mulher/companheiro/RN/família e comunidade.
- Interpreta de forma adequada alguns dos dados objectivos e subjectivos, tendo em vista uma prestação de cuidados segura à mulher/companheiro/RN/família e comunidade.
- Discrimina o ciclo materno-fetal numa perspectiva holística tendo em conta as múltiplas determinantes da saúde materna e obstétrica.

- Reconhece o potencial da educação em saúde nas intervenções de enfermagem à mulher/companheiro/RN/família e comunidade.
- Compreenda a evolução das práticas de enfermagem dirigidas à Mulher, companheiro e família,
- Reflita criticamente sobre a intervenção do Enfermeiro na área da Mulher e Saúde Reprodutiva;
- Analise e discuta as implicações para a saúde dos Planos Nacional de Saúde e do Plano Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva;
- Discuta as teorias e modelos de intervenção em enfermagem;
- Discuta as estratégias de promoção de saúde nos cuidados ed saúde primários, nos cuidados diferenciados;
- Utilize instrumentos teóricos e práticos que sustentem a sua intervenção em Educação/Promoção da Saúde;
- Compreenda a influência dos determinantes de saúde na saúde das pessoas, grupos e comunidade;
- Aprenda a dimensão complexa e a multidimensional da intervenção do Enfermeiro na vida da mulher.

Conteúdos programáticos:

Módulo I. Planeamento para a Família e Pré-concepcional 1 ECTS

- Recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional;
- Regulação da fecundidade e da fertilidade;
- Planeamento familiar e pré-concepcional;
- Identificação de problemas relacionados com a vivência da sexualidade;
- Identificação e monitorização do potencial de risco pré-concepcional e obstétrico;
- Intervenções à mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo o companheiro;
- Intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher;
- Identificação e orientação da mulher com Mutilação Genital Feminina;
- Intervenção à mulher com disfunções sexuais, com problemas de fertilidade; ou sendo portadora de IST;
- Medidas de suporte emocional e psicológico a serem dirigidas à mulher com disfunções sexuais e ou com problemas de fertilidade.

Módulo II. Gravidez 1 ECTS

- Conhecimentos e desenvolver técnicas necessárias à abordagem básica e avançada das urgências e emergências obstétricas;
- Plano de Nascimento;
- Aprofundar saberes e desenvolver competências sobre complicações após aborto;
- Identificação e monitorização de trabalho de abortamento;
- Promoção da saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto;
- Desvios à gravidez fisiológica;
- Desvios ao padrão de adaptação à gravidez;
- Medidas de apoio à mulher/companheiro/conviventes significativos no período de luto em caso de abortamento;
- Medidas de suporte básico de vida à grávida em situação crítica;

- Conhecimentos e técnicas necessárias à abordagem básica e avançada das urgências e emergências obstétricas.

Módulo III. Parto 1 ECTS

- Reanimação do recém-nascido;
- Medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina;
- Desvios ao padrão do trabalho de parto e parto normal;
- Prevenção e controlo da dor do trabalho de parto através da intervenção não farmacológica e da intervenção farmacológica;
- Riscos iatrogénicos no trabalho de parto;
- Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e como a promoção do conforto e bem-estar da puérpera/recém-nascido/companheiro ou convivente significativo;
- Promoção do conforto e bem-estar da grávida/companheiro ou convivente significativo;
- Ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto;
- Retenção da placenta;
- Suporte emocional e psicológico à parturiente em trabalho de parto e intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto;
- Complicações da gravidez e do parto.

Módulo III. Puerpério (1 ECTS)

- Saúde mental na vivência do puerpério;
- Recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida;
- Parentalidade responsável;
- Factores potenciadores da saúde da mulher após o parto;
- Identificação e monitorização do estado de saúde da puérpera e do recém-nascido;
- Processo de transição e adaptação à parentalidade, incluindo a parentalidade partilhada;
- Medidas de apoio à mulher/companheiro/conviventes significativos em situação de luto (morte fetal);
- Intervenções de recuperação pós-parto;
- Suporte emocional e psicológico, dirigidas à puérpera, companheiro e ou conviventes significativos.

Módulo IV. Climatério (1 ECTS)

- Alterações (físicas/psíquicas) associadas ao climatério;
- Promoção da saúde mental na vivência do climatério;
- Contraceção na pré-menopausa;
- Disfunções sexuais (na mulher e companheiro) decorrente da menopausa;
- Medidas preventivas das alterações adstritas ao climatério/menopausa, como as psicológicas, as emocionais e as sexuais;
- Medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher em menopausa.

Módulo V. Ginecologia 2 ECTS

- Disfunções sexuais (na mulher e companheiro) decorrente da patologia ginecológica;
- Medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher com patologia ginecológica;

- Medidas preventivas das alterações adstritas à patologia ginecológica;
- Medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher com patologia ginecológica;
- Medidas preventivas das alterações adstritas à patologia ginecológica;
- Intervenções à mulher com afeções do aparelho genitourinário (incluindo companheiro/conviventes significativos);
- Risco da mulher para afeções do aparelho genitourinário;
- Medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher com patologia ginecológica;
- Intervenções à mulher com afeções da mama (incluindo companheiro/conviventes significativos);
- Risco da mulher para afeções da mama;
- Medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com afeção geniturinária (incluindo o companheiro/conviventes significativos);
- Medidas de suporte físico, emocional e psicológico na mulher com patologia ginecológica;
- Complicações pós-cirurgia do aparelho genitourinário;
- Tratamento das afeções do aparelho genitourinário (incluindo as complicações pós-cirúrgicas);
- Medidas de suporte emocional e psicológico à mulher em tratamento de afeção da mama (incluindo o companheiro/conviventes significativos);
- Complicações pós-cirurgia de afeções da mama.

Módulo VI. Comunidade (1 ECTS)

- Perspetiva masculina da saúde da mulher;
- Problemáticas de violência que assistem a mulher no seu ciclo vital;
- Políticas públicas de saúde específicas da mulher;
- Saúde da mulher em situação de exclusão social;
- Problemática da violência que assiste a mulher no seu ciclo vital, como a violência doméstica, a violência no namoro, o abuso sexual e o bullying;
- Mutilação Genital Feminina (no sentido da capacitação das pessoas, visando identificação e prevenção desta prática em novas gerações);
- Práticas de saúde, tradicionais e contemporâneas, tendo em conta a identificação dos seus riscos e benefícios para a saúde da mulher;
- Benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis;
- Intervenções no campo de ação da saúde do neonato;
- Intervenções no campo de ação da saúde sexual e reprodutiva;
- Causas de morbilidade fetal.

Metodologias de ensino:

O processo de ensino/aprendizagem será organizado com base em sessões letivas teóricas e de seminário. As metodologias de ensino-aprendizagem incluem metodologia expositiva, trabalho em grupo, análise de artigos e/ou casos, realização de seminários.

Pretende-se que os estudantes reflitam acerca das competências clínicas necessárias para intervir em saúde da mulher e que construam a partir dela um percurso criativo de desenvolvimento pessoal e profissional.

Metodologia de avaliação:

A avaliação contínua da unidade curricular será feita através da produção e apresentação de portefólio individual resultante do trabalho realizado e abrangendo as várias temáticas da UC.

Em exame a avaliação será realizada através da produção e apresentação de portefólio individual.

Bibliografia recomendada:

Bobak, I. M., et al. (1999). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda, 4ªed.

Lowdermilk, D. L.; Perry, S. E., et al. (2008). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda, 7ª ed.

Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., et al. (2002). *O cuidado em enfermagem materna*. Porto Alegre: Editora Artmed, 5ª ed.

BIBLIOGRAFIA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELETRÓNICAS

- Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos Enfermeiros – estudo multicaseos*. Coimbra: Co-edição Formasau e Educa.
- ACOG, Practice Bulletin (2000). Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. premenstrual syndrome Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. premenstrual syndrome. *Obstetrics and Gynecology* N° 95, 1-9. [versão eletrónica]. Consultado a 24 de maio de 2013, em: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2004/10000/Premenstrual_Syndrome,_Premenstrual_Dysphoric.30.aspx
- ADELIA (2011). *Relatório ADELIA - Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada 2006-2008*. [versão eletrónica]. Consultado a 28 de abril de 2012, em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/PublicacoesRepositorio/Documents/Resumo%20da%20principais%20edicoes%20INSA%202011b.pdf>
- Adeyemi, A.; Adekanle, A. (2007). Management of dysmenorrhoea among medical students. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 7(1): 30-43.
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, ARSLVT (2010). *Programa de rastreio do Cancro do Colo do Útero na Região Sul*. Administração Regional de Saúde do Sul, IP. Consultado a 12 de outubro de 2013, em: http://www.arslvt.min-saude.pt/ARSLVT/Documents/ARSLVT%20Plano%20Estrat%C3%A9gico%202011-2013_livro.pdf
- Administração Regional de Saúde do Norte (2009). *Programa de rastreio do Cancro do Colo do Útero na Região Norte*. Consultado a 12 de outubro de 2013, em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Planeamento%20Estrategico/Rastreios/RCCU%20-%20Programa.pdf>
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, ARSLVT (2013). Plano Estratégico 2011-2013. Consultado a 27 de outubro de 2013, em: http://www.arslvt.min-saude.pt/ARSLVT/Documents/ARSLVT%20Plano%20Estrat%C3%A9gico%202011-2013_livro.pdf
- Ahlborg, T.; Strandmark, M. (2001). The baby was the focus of attention – first-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15(4): 318-25. [versão eletrónica]. Consultado a 31 de março de 2013, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12453173>
- Ainsworth, M. D. D. (1985). Patterns of infant-mother attachments: antecedentes and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, November 61(9): 771-791.

- [versão eletrónica]. Consultado a 3 de março de 2012, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1911899/>
- Alarcão, Z. (1989). O comportamento Psicológico do Doente Oncológico. *A componente Ansiedade*. Porto: Revista Divulgação.
- Alarcão, I. (1997). *Supervisão da Prática Pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Alarcão, I. (1998). *Formação continuada como instrumento de profissionalização docente*. em: Veiga, I. P. A. (org.). *Caminhos da profissionalização do magistério – Campinas: Papirus*.
- Alexander, L. L., et al. (2007). *New dimensions in women's health*. Boston: Jones and Bartlett.
- Almeida, M. C. C.; Aquino, E. M. L.; Gaffkin, L.; Magnani, R. J. (2003). Uso de contraceção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Revista de Saúde Pública*, 37: 556-575.
- Almeida, M. S.; Silva, I. A (2008). Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 42(2): 347-354. [versão eletrónica]. Consultado a 28 de abril de 2014, em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/3908>
- Amorim, C. (2007). *Doença oncológica da mama: vivências de mulheres mastectomizadas*. Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem. 4ª ed. Porto: Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. [versão eletrónica]. Consultado a 12 de abril de 2013, em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7213/2/Tese%20Dout%20Cidlia.pdf>
- Almeida, L.; Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições, 5ª ed.
- Alvarenga, G. C., et al. (2000), *Papilomavírus humano e carcinogênese no colo do útero*. 12(1): 28-38. [versão eletrónica]. Consultado a 10 de outubro de 2013, em: <http://www.dst.uff.br//revista12-1-2000/06-papilomavirus-humano-carcinogenese.pdf>
- Alves, T. (2003). Prevenção do cancro do colo do útero. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19(5): 455-460. [versão eletrónica]. Consultado a 12 de outubro de 2013, em: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080304144140375635.pdf>
- Alves, F. (2011). *A doença mental nem sempre é doença*. Porto: Edições Afrontamento.
- Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem - a segunda metade do século XX*. Coimbra: Formasau.
- Amendola, L. C. B.; Vieira, R. (2005). A contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao cancro da mama. *Revista Brasileira de cancerologia* 51(4):325-330. [versão eletrónica]. Consultado a 10 de outubro de 2013, em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao3.pdf
- American Heart Association. (2003). *Heart disease and stroke statistics-2003*, Texas: Dallas:

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi, 4ª ed.
- Amirali, K.; Dias, A. C. (2010). O nascimento de uma vida acabada: Experiências dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, (24): 24-29.
- Amorin, S. P T. (2010) Tristeza pós-parto: importância do diagnóstico precoce. Monografia de Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa. [versão eletrónica]. Consultado a 4 de janeiro de 2015, em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1574/1/MONO_17381.pdf
- Andrade, M. (2001). *Psicologia da Saúde: Contributos para uma Abordagem Interdisciplinar da Educação para a Saúde*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca *Referência, Revista de Educação em Enfermagem* (7):17-24.
- Anjo, M. R. A. S. (2010). *Menopausa em (Re)vista*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta, Mestrado em Estudos sobre as Mulheres. [versão eletrónica]. Consultado a 10 de outubro de 2013, em: www.repositorioaberto.uab.pt
- Anttila, A., et al. (2004). Cancer of the cervix screening programmes and policies in 18 European countries. *British Journal of Cancer* 91(5): 935-941. [versão eletrónica]. Consultado a 26 de outubro de 2013, em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2409887/#_ffn_sectitle
- Araújo, O. L. (1995). *Identidade Socioprofissional e Género: Contributos para o Estudo de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Arnold, M. (2013). Recent trends in incidence of five common cancers in 26 European countries since 1988: *Analysis of the European Cancer Registry Database*. [versão eletrónica]. Consultado a 26 de outubro de 2013, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24120180>
- Arone, E. M. (2008). *Enfermagem Médico-Cirúrgica Aplicada ao Sistema Renal e Urinário*. Editora SENAC.
- Arranz, P. (2003). *Intervención emocional en cuidados Paliativos. Modelos y protocolos*. Barcelona: Editorial Ariel Ciências Médicas.
- Associação do Planeamento para a Família (APF). Portal da Saúde Sexual e Reprodutiva. *Métodos de Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG)*, oct 8. [versão eletrónica]. Consultado a 12 de abril de 2013, em: www.apf.pt
- Assunção, A. T.; Tocci, H. A. (2003). Repercussão emocional do aborto espontâneo. *Revista Enfermagem UNISA* (4):5-12. [versão eletrónica]. Consultado a 30 de junho de 2014, em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-01.pdf>

- Baganha, M. F. (1997). Epidemiologia. Lisboa: Biblioteca do Eército. *Pathos (Monografias de Patologia Geral), Tuberculose Pulmonar*. 13(5): 7-14.
- Baganha, M. F. et al. (1998). Influência dos perfis Th1/Th2 no espectro de gravidade da Tuberculose Pulmonar. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 4(6): 535-580. [versão eletrónica]. Consultado a 8 de outubro de 2012, em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0873215915310783>
- Baganha, M. I.; Góis, P. (1999). Migrações Internacionais de e para Portugal: o que sabemos e para onde vamos? *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 52/53. Portugal, Coimbra. Universidade de Coimbra:Centro de Estudos Sociais. [versão eletrónica]. Consultado a 28 de junho de 2012, em: http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/243_Baganha_G%F3is%2098%3A99.pdf
- Bajos, N. F. M.; L'Équipe GINE (2002). *De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues*. Paris: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
- Baltar, M., et al. (2001). Respostas emocionais, qualidade de vida e estratégias de coping para lidar com a doença em mulheres com cancro ginecológico. *Psicologia: teoria, investigação e prática*,6(2): 285-300. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de outubro de 2013, em: http://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs_pesquisa.formview?p_id=9523
- Bankowski, B. J., et al. (2006). *Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Jonh Hopkins*, Porto Alegre: Artmed, 2ª ed.
- Baptista, F.; Sampaio, D.; Carmo, I.; Reis, D.; Galvão-Teles, A. (1998). The prevalence of disturbances of eating behaviour in a Portuguese female university population. *European Eating Disorders Review*, dec. 4(4): 260-270. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de setembro de 2012, em: https://www.researchgate.net/publication/246909037_The_Prevalence_of_Disturbances_of_Eating_Behaviour_in_a_Portuguese_Female_University_Population
- Barbaut, J. (1990). *O Nascimento. Através dos tempos e dos povos*. Lisboa: Terramar.
- Barbieri, Márcia (2007). Direitos sexuais e reprodutivos da mulher, em: Fernandes, R., et al. (2007). *Enfermagem e saúde da mulher*. Brasil: Tamboré. Editora Manole Ltda.
- Baron, E. M.; Denmark, F. L. (2006). An Exploration of female Genital Mutilation. *Annals of the New York academy of sciences*, (pp. 339-355). [versão eletrónica]. Consultado a 11 de setembro de 2012, em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1196/annals.1385.018/abstract>
- Barros H; Lunet, N. (2006). Cancro: Uma perspetiva de Saúde Pública. *Arquivo Médico* 20(1-2): 31-36 [versão eletrónica]. Consultado a 28 de junho de 2013, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v20n1-2/v20n1-2a05.pdf>

- Barros, M. L. (2006). *Comportamento na Dor do Trabalho de Parto em Primíparas*. Dissertação do Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Barros, P.; Simões, J. (2007). Portugal, health system review. *Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies*. 9(5) [versão eletrónica]. Consultado a 2 de outubro de 2013, em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf
- Barroso, J. (2003). Formação, Projecto e Desenvolvimento Organizacional. Em Rui Canário (org.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em Contexto de Trabalho no ambiente hospitalar – Um estudo etnográfico numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Basen-Engquist K., et al. (2003). Cervical cancer. *Cancer* 98(9): 2009-2014. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de novembro de 2013, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14603537>
- Bedford, M. R. (1984). The affective domain: behaviors important in entry-level practices. *Journal American. Dietetic Association*, 84(6). [versão eletrónica]. Consultado a 18 de fevereiro de 2011, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6373892>
- Bencaiova, G.; Bukhardt, T.; Beinder, E. (2007). Abnormal placental invasion-experience at 1 center. *The Journal of Reproductive Medicine*. 52(8): 709-714. [versão eletrónica]. Consultado a 9 de setembro de 2014, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17879832?dopt=Abstract>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Bento, M. (2006). *Cuidados e Formação em Enfermagem. Que identidade?* Lisboa: Fim de Século-Edições Sociedade Unipessoal Lda- Portugalio.
- Bergamasco, R. B.; Angelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira Cancerologia*. 47(3): 277-282.
- Bernardo, A. (2011). *Anatomia cirúrgica do aparelho genital feminino*. Permanyer Portugal. [versão eletrónica]. Consultado a 27 de maio de 2013, em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_01.pdf
- Bertero, C. M. (2002). Affected self-respect and self-value: The impact of breast cancer treatment on self-esteem and Qol. *Psycho-Oncology*, july/august, 11(4), 356-364. [versão eletrónica]. Consultado a 31 de agosto de 2012, em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.577/pdf>
- Biscaia, J. (2000). Os direitos do feto, *Cadernos Bio-Ética*, nº 24, Ano XI, dezembro, (31-42.)

- Bittencourt, L. F.; Cadete, M. M. (2002). Vivências da mulher a ser mastectomizada: esclarecimentos e orientações. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 55(4): 420-423. [versão eletrônica]. Consultado a 25 de setembro de 2013, em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672002000400010&lng=pt
- Biffi, E. F. A.; Scatena, M. C. M.; Furegato, A. R. (1999). A menopausa em perspectiva: análise da literatura. 51º Congresso de Enfermagem. *Anais do 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem*, Florianópolis.
- Biffi, E. F. A. (2003). Saúde Mental e Climatério na Perspectiva de Mulheres Profissionais de Saúde. Tese de Doutorado pelo Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas na linha de pesquisa: Promoção da Saúde mental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. [versão eletrônica]. Consultado a 16 de novembro de 2014, em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-15092004-092005/>
- Blondel, B. (1996), *La santé des femmes*, Paris: Ediciones Flammarion.
- Bloom, J. R., et al. (1987). Psychological response to mastectomy. A prospective comparison study group. *Cancer*, 59: 189-196. [versão eletrônica]. Consultado a 25 de setembro de 2012, em: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142\(19870101\)59:1%3C189::AID-CNCR2820590136%3E3.0.CO;2-6/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(19870101)59:1%3C189::AID-CNCR2820590136%3E3.0.CO;2-6/pdf)
- Bloom, J. R., et al. (2004). Then and now: Quality of life of young breast cancer survivors. *Psychooncology*, 13(3): 147-160. [versão eletrônica]. Consultado a 25 de set de 2012, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15022150>
- Bobak, I. M., et al. (1999). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda, 4ªed.
- Bonassa, E.; Santana, T. (2005). *Enfermagem em terapêutica oncológica*. São Paulo: Edições Atheneu, 3ªed.
- Borges, P., et al. (2007). Dismenorréia e endométrio. *Revista Feminina* 35(12): 789-795. [versão eletrônica]. Consultado a 30 de junho de 2012, em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-12_dezembro_789.pdf
- Botell, M. L.; Dominguez, S. V.; Piñero, J. P. (2001). Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (II). *Revista Cubana Obstetricia e Ginecologia*, 27(1): 22-27. [versão eletrônica]. Consultado a 5 de fevereiro de 2015, em: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v27n1/gin04101.pdf>
- Braga, F. (2001). *Formação de Professores e Identidade Profissional*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Branco, S. (2006). *Cicatrizes de Mulher*. Porto: Público.
- Branco, I. (2011). *Educação para a saúde: Contributos para a prevenção do cancro modelo CCU*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas.

- Branden, P. S. (2000) *Enfermagem Materno-infantil*. Rio de Janeiro. Reichmann & Affonso Editores, 2ª ed.
- Brás, P. (2008). *Um olhar sobre a Parentalidade (estilos parentais e aliança parental) à luz das transformações sociais actuais*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. [versão eletrónica] Consultado a 15 de julho de 2013, em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/743/1/17380_Tese_de_Mestrado_Patricia_Bras.pdf
- Brass, L. M. (2004). Estrogens and stroke: use of oral contraceptives and postmenopausal use of estrogen: current recommendations. *Current Treatment Options in Neurology*, December 6(6):459-467.
- Bravo, M. P. C.; Catalán, M. A. R. (1999). *Evaluación de Programas: Una guía práctica*. Sevilla: Editorial Kronos.
- Brazelton, T. B. (1978). Future care of the infant. *Birth and the family journal*. December 5(4): 242-245.
- Brazelton, T. B. (1994). *Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Editora Terramar.
- Bredin, M. (2001). Mastectomy, body image and therapeutic massage: a qualitative study of Women's experience. *Journal of Advantaged Nursing*, 29(5): 1113-1120. [versão eletrónica]. Consultado a 30 de junho de 2013, em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1999.00989.x/abstract>
- Bronfenbrenner, U. Ecological models of human development. Em *International Encyclopedia of Education*, Vol 3. Oxford: Elsevier, 2ª ed. [versão eletrónica]. Consultado a 5 de dezembro de 2013, em: <http://www.psy.cmu.edu/~sieglar/35bronfenbrenner94.pdf>
- Bryson, Y. J. et al. (1995). Clearance of HIV infection in a perinatally infected infant. *New England Journal of Medicine*, 332(13): 833-838. [versão eletrónica]. Consultado a 18 de outubro de 2012, em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199503303321301>
- Bushinski, R.; Cummings, K. (2007). Practices of effective end-of-life communication, between nurses and patients/families in two care settings. *Creative Nursing*, 13(3): 9-12. [versão eletrónica]. Consultado a 5 de fevereiro de 2014, em: <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/cnu/2007/00000013/00000003/art00004>
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva* 5(1):163-77.
- Cabral de Frias, C. (2003). *A Aprendizagem do Cuidar e a Morte: Um desígnio do Enfermeiro em formação*. Loures: Lusociência.

- Calado, B. (1998). “Dia mundial da saúde: a saúde da mulher” *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 16 (1): 21-23.
- Caldas, J. M. P. (1992). Suicídio juvenil – o enigma. Lisboa: Instituto de Estudos e Divulgação Sociológica, *Fórum Sociológico* 1(1): 7-18. [versão eletrónica]. Consultado a 24 de outubro de 2012, em: http://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs_pesquisa.FormView?P_ID=89614
- Campos, C. (s.d.). Código Europeu contra o cancro, Documento toda câncercode organization, raduzido pela Associação Portuguesa de Leucemias e Linfomas (APLL). [versão eletrónica]. Consultado a 28 de junho de 2012, em: <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/>
- Campos, I. (2007). *O essencial da saúde. Aleitamento materno*. Lisboa: Editora Quinovi.
- Canabarro, M. C., et al. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspetivas teóricas, em: *Psicologia da parentalidade*. Lisboa: Editora Fim Século.
- Canário, R. (1991). Mudar as escolas: o papel da formação e da pesquisa. *Inovação* 4(1):77-92.
- Canário, R. (1997). Formação e mudança no campo da saúde, em: Canário (org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Canário, R. (2000). *Educação de adultos: um campo e uma problemática*. Lisboa: Editora Educa e Anefa.
- Canário, R. (2003). A “aprendizagem ao longo da vida”, análise crítica de um conceito e de uma política, em: Rui Canário (org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, 2ª ed.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade. Representações e tarefas de desenvolvimento, em: Canavarro, M. C. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Canavarro, M. C.; Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: perspetivas teóricas, em: Canavarro, M. C. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Candelas, R. (2006). *Problemas de la menopausia. Guia de actuación en atención primaria*. Barcelona: Semfyc Ediciones, 3ª ed.
- Carlos, A. I.; et al. (2007). *Comportamento parental de mães adolescentes*. Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada. [versão eletrónica]. Consultado a 19 de outubro de 2012, em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n2/v25n2a02.pdf>>
- Carmo, I. et al. (1998). Prevalence of Anorexia Nervosa: a Portuguese population study. *European Eating Disorders Review*, 4(3): 157-170.
- Carmona, F. S. (1996). Estudo da Prevalência do risco de patologia mental, em medicina familiar. *Psicologia Clínica*, 17 (2): 139-146.

- Carneiro, M. (2008). *Ajudar a nascer: parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)*. Porto: Universidade do Porto.
- Carvalho, G. M. (2004). *Enfermagem em ginecologia. Edição revista e ampliada*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Carvalho, A.; Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Castellsague, X. D., et al. (2006). Worldwide human papilloma virus etiology of cervical adenocarcinoma and its co-factors: Implications for screening and prevention. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(5): 303-315. [versão eletrónica]. Consultado a 26 de outubro de 2013, em: <http://jnci.oxfordjournals.org/content/98/5/303.abstract>
- Castro, R. S. (1999). Epidemiologia da hepatite vírica. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica: *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas*, 22(2): 89-100.
- Castro, M. G. et al. (2004). *Juventude e Sexualidade*. Brasil, Brasília: UNESCO. [versão eletrónica]. Consultado a 23 de janeiro de 2014, em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001339/133977por.pdf>
- Cavadas, L. F., et al. (2010) Abordagem da menopausa nos cuidados de saúde primários. *Acta Médica Portuguesa* 23(2):227-236. [versão eletrónica]. Consultado a 19 de outubro de 2013, em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2010-23/2/227-236.pdf>
- Cavalcante, S. A. M.; Silva, F. B.; Marques, C. A. V.; Figueiredo, E. N. ; Gutiérrez, M. G. R. (2013). Ações do Enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 59(3): 459-466. [versão eletrónica]. Consultado a 5 de dezembro de 2014, em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/17-revisao_literatura-aco-es-Enfermeiro-rastreamento-diagnostico-cancer-mama-brasil.pdf
- Central Intelligence Agency. *The World Factbook, United States*. [versão eletrónica]. Consultado a 3 de janeiro de 2013, em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2223.html>
- Centre for Reviews and Dissemination (2008). *Systematic Reviews CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. Reino Unido: University of York. [versão eletrónica]. Consultado a 31 de outubro de 2013, em: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>
- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT); Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). (1999). *Sida, a Situação na Europa a 31 de Dezembro de 1998*. Lisboa: Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Luta contra a SIDA. [versão eletrónica]. Consultado a 15 de setembro de 2012, em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/1604/1/Documento%20SIDA_113%20%2831.12.1998%29.pdf

- Cerdeira, J. (2009). *Vinculação e funcionamento cognitivo da criança: o contexto de interação mãe-filho*, Dissertação de Mestrado em Intervenção Psicológica com Crianças e Adolescentes da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. [versão eletrónica]. Consultado a 3 de março de 2012, em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0135.pdf>
- Chalmers, B.; Hashi, K. O. (2000). Four hundred and thirty-two Somali women's birth experiences in Canada after earlier Female Genital Mutilation. *Birth* 27 (4): 227–234. [versão eletrónica]. Consultado a 28 de dezembro de 2012, em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bir.2000.27.issue-4/issuetoc>
- Charanek, V. M.; Tocci, H. A. (2004). O papel do Enfermeiro na prevenção do câncer de mama. *Revista de Enfermagem da Universidade de Santo Amaro - UNISA*. 5(1): 41-44.
- Cheung, T. C., et al. (2005). Breast cancer risk associated with genotype polymorphism of the catechol estrogen-metabolizing genes: a multigenic study on cancer susceptibility. *International Journal of Cancer* 113: 345-353. [versão eletrónica]. Consultado a 20 de setembro de 2013, em: <http://www.pharmgkb.org/pmid/15455371>
- Chung, F. (1996). A Educação Básica: Novos desafios à entrada do século XXI. Em: Fay-Chung, G., et al. *A Educação do futuro, o futuro da educação*. Porto: Edições Asa.
- Cipriano, J. (2005). *A técnica Delphy de formação de consensos*. [versão eletrónica]. Consultado a 15 de abril de 2012, em: <http://www.observaport.org/node/162>
- Clode, N.; Jorge, C. C.; Graça, L. M. (2012). *Normas de Atuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de Santa Maria*. 2ª ed. [versão eletrónica]. Consultado a 1 de março de 2014, em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/hsm_final_2012.pdf
- Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão (CID-9). Administração Central do Sistema de Saúde. [versão eletrónica] Consultado a 26 de outubro de 2013, em: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Codifica%C3%A7%C3%A3o_cl%C3%ADnica
- Clínica Universitária de Radiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (2013). Consultado a 20 de setembro de 2013, em: <http://www.huc.min-saude.pt/imagiologia/perguntas.htm#oquerm>
- Código Penal Português. (1995). *Atualizado até à Lei nº 59/2007, de 04 de Setembro*. [versão eletrónica]. Consultado a 28 de junho de 2012, em: <http://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/portugal.pen.95.pdf>
- Coelho, Lina (sd). *Mulheres e desigualdades em Portugal: conquistas e obstáculos, contradições e ameaças*. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia e Centros de Estudos Sociais. [versão eletrónica]. Consultado a 30 de outubro de 2012, em: http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/encontros/867_Mulheres%20em%20Portugal_conquistas,%20obst%20culos%20e%20ameas.pdf

- Coelho, M. R. S. (2003). *Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Coleman, D. (2006). *Inteligência Social: A Nova Ciência das Relações Humanas*. Barcelos: Círculo de Leitores.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda, 3ª ed.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar. ... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência, 2ª ed.
- Comission Européenne Emploi et Affaires Sociales (1997). *L'État de la santén des femmes dans la Communauté Européenne*, Office des Publications Officielles des Communautés Européennes. Luxemburgo. [versão eletrónica]. Consultado a 19 de setembro de 2012, em: http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/health_status_fr.pdf.
- Cordeiro, J. D. (1994). *A saúde mental e a vida*. Lisboa: Edições Salamandra Lda, 3ª ed.
- Corrêa, B. (2003). *Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras, 1940-1988*. Lisboa, Beatriz de Mello Corrêa.
- Correia, M. J. (1998). Sobre a Maternidade. *Revista Análise Psicológica Série 16(3): 365-371*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. [versão eletrónica]. Consultado a 6 de setembro de 2013, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a02.pdf>
- Correia, C., et al. (2001). Os Enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, (2): 75-82*.
- Correia, D. et al. (2011). Adolescentes estudantes: conhecimento das complicações do aborto provocado. Porto Alegre: *Revista Gaúcha de Enfermagem, 32(3): 465-471*. [versão eletrónica]. Consultado a 30 de jun. de 2014, em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n3/05.pdf>
- Cortés, M. S. et al. (2015). Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. [versão eletrónica]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, Forthcoming*. Consultado a 5 de setembro de 2015, em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf
- Costa, B.; et al. (2003). Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças 4(1): 47-67*. [versão eletrónica]. Consultado a 17 de março de 2013, em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3758/1/Parto%2c%20expectativas%2c%20experiencias.pdf>
- Costa, I. A. (2005). Os 40 Anos do Programa Nacional de Vacinação em Portugal e os Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários. *Enfermagem, 39 (2): 10-11*.

- Costa, I; et al. (2012). *Manual de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa*. Setúbal: Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. [versão eletrónica]. Consultado a 5 de março de 2014, em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4771/1/Manual.SBV.DAE.2012.pdf>
- Costa-Júnior, F. M.; Maia, A. C. B. (2009). Concepções de Homens hospitalizados sobre a relação de género e saúde. *Psicologia: Teorias e Pesquisa*, 25(1): 55-66. [versão eletrónica]. Consultado a 11 de junho de 2014, em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n1/a07v25n1.pdf>
- Couto, G. (2003). *Preparação para o parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência.
- Crawford, I., Mackway-Jones K., et al. (2004). Delphi based consensus study into planning for chemical incidents. *Emergency Medicine Journal*. 21(1): 24-28.
- Croom, H., et al. (1985). Menstrual symptoms, attitudes and consulting behavior. *Social Science and Medicine*, 20(10): 1065-1068.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra:Quarteto.
- Dadam, S. H. (2011). *Programa de Orientação para a Parentalidade: Avaliação da sua Importância e Momento Adequado de Aplicação*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação em Coimbra. [versão eletrónica]. Consultado a 10 de novembro de 2013, em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23457/1/Tese%20Final.pdf>
- Dalkey, N. (1969). *The Delphi method: an experimental study of group opinion*. Rand Corporation. [versão eletrónica]. Consultado a 8 de maio de 2011, em: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_memoranda/RM5888/RM5888.pdf
- Dawn A. M.; Bain, P. A. (2009). *Effective migraine treatment in pregnant and lactating women: a practical guide*. New York: Springer.
- Day, C. (2001). *Desenvolvimento profissional de professores. Os desafios da aprendizagem permanente*. Porto: Porto Editora.
- Decreto-Lei n.º 362190 de 10 de abril de 1947: Coloca a tutela do ensino de enfermagem no Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 333 de 1 de Outubro de 1987. Transpõe para o direito interno a diretiva do Conselho das Comunidades sobre a matéria de liberdade de estabelecimento e de prestação de serviços em Portugal por nacionais dos outros Estados membros relativa à atividade de saúde materna e obstétrica (ver Directiva n.º 80/154/CEE de 21 de janeiro de 1980. Consultado a 14 de novembro de 2013, em: <http://dre.tretas.org/dre/44314/>
- Decreto-Lei n.º 161 de 4 de Setembro de 1996. Estabelece os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos Enfermeiros, constituindo o Regulamento de Exercício

- Profissional dos Enfermeiros (REPE). [versão eletrónica]. Consultado a 8 de novembro de 2013, em: <http://www.ordemEnfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Decreto-Lei n.º 104 de 21 de abril de 1998. Estabelece a criação da Ordem dos Enfermeiros Portugueses e aprova o seu Estatuto. [versão eletrónica]. Consultado a 8 de novembro de 2013, em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1998/04/093A00/17391757.pdf>
- Decreto-Lei n.º 28 de 22 de fevereiro de 2008. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). [versão eletrónica]. Consultado a 10 de junho de 2011, em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/639D1F2C-07BD-4ED3-8EA3-53FBB5EE0F30/0/0118201189.pdf>
- Decreto-Lei n.º 81 de 2 de abril de 2009. Estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, sedeados a nível nacional, regional e local. [versão eletrónica]. Consultado a 27 de abril de 2013 em: <http://dre.pt/pdf1s/2009/04/06500/0205802062.pdf>
- Decreto-Lei n.º 102 de 11 de maio de 2009. Introduce alterações ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. [versão eletrónica]. Consultado a 27 de abril de 2011 em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2009/05/09000/0281202813.pdf>
- Decreto-Lei n.º 247 de 22 de setembro de 2009. Define o regime da carreira especial de enfermagem, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de abril de 2011 em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2009/09/18400/0676106765.pdf>
- Decreto-Lei n.º 253 de 17 de novembro de 2012. Procede à quarta alteração ao Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. [versão eletrónica]. Consultado a 28 de dezembro de 2012 em: http://www.arscentro.min-saude.pt/ACES/Documents/DL%20253_2012.pdf
- Decreto-Lei n.º 238 de 31 de outubro de 2012. *Procede à criação da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano*. [versão eletrónica]. Consultado a 18 de dezembro de 2012 em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/10/21100/0628806297.pdf>
- Department of Health (2012). Cervical Screening. [versão eletrónica]. Cancer Screening Programmes. DH Publications Orderline. Consultado a 26 de outubro de 2013 em: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/cervicalscreening.pdf>
- Delors, J.; et al. (1996). “Educação um tesouro a descobrir”. *Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI*. [versão eletrónica]. Porto: Edições. ASA. Consultado a 9 de novembro de 2013 em: http://dhnet.org.br/dados/relatorios/a_pdf/r_unesco_educ_tesouro_descobrir.pdf

- Diário da República, 2ª série (2011). Regulamento n.º127: Regulamento das Competências das Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. [versão eletrónica]. fev 18. Consultado a 2 de novembro de 2013 em: Consultado a 26 de Outubro de 2013 em:
- Delbecq, A., et al. (1984). *Técnicas grupales para la planeación*. México: Trillas.
- Delp, P.; Thesen, A. (1977) *Systems tools for Project planning*. Office of Rural Development and Development Administration. Agency for International Development. [Documento fotocopiado, 2 vol.] Consultado a 21 de janeiro de 2011 em: no Centro de documentação da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
- Despacho n.º 24/2012, de 17 de agosto, do Diretor-Geral da Saúde. [versão eletrónica]. Consultado a 12 de junho de 2012, em: <http://www.dgs.pt/?cr=22822>
- Dias, C. M.; Falção, I. M.; Falção, J- M. (2000). Contribuição para o estudo da ocorrência da interrupção voluntária da gravidez em Portugal continental (1993 a 1997): estimativas utilizando dados da rede de médicos sentinela e dos diagnósticos das altas hospitalares (grupos de diagnósticos homogéneos). *Revista Epidemiologia, julho/dezembro 18(2): 55-63*. [versão eletrónica]. Consultado a 1 de setembro de 2013, em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-05-2000.pdf>
- Dias, M. R. (2000). “Haja saúde”: Os *mass media* como estratégias de prevenção. em: J. Ribeiro, I. Leal, M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (553-568)*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA.
- Dias, M. R. (2002). Cancro de mama: A (contra) informação dos *mass media*. In M.R. Dias & E. Durá (Coords.), *Territórios da Psicologia Oncológica (235-264)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dias, R. S.; Ramos, C. C.; Kerr-Corrêa, F. et al (2002). Adaptação para o português do questionário de auto-avaliação de percepção de saúde física e mental da mulher de meia-idade. Questionário da Saúde da Mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica, 29(4): 181-189*.
- Dias, M. R.; Duque, A. F.; Silva, M. G.; Durã, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? Lisboa: ISPA. *Análise Psicológica, 22(3): 463-473*. [versão eletrónica]. Consultado a 28 de junho de 2013, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a04.pdf>
- Dias, M.R. (2005). *A esmeralda perdida: a informação prestada ao doente oncológico*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Di Carlos, A.; Lamassa, M.; Baldereschi, M., et al. (2003). Sex differences in the clinical presentation, resource use, and 3-month outcome of acute stroke in Europe.). *For the European BIOMED Study of Stroke Care Group. Data from a multicenter multinational*

- hospital-based registry*. 34(5):1114-9 [versão eletrónica] abr 10. Consultado a 30 de setembro de 2013, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12690218>
- Diegoli, M.; Diegoli, C. (2007). Dismenorreia. *Revista Brasileira de Medicina*, março 64(3):81-87. [versão eletrónica]. Consultado a 3 de outubro de 2011, em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3529
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Doenças de Declaração Obrigatória 1996-2000*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2005a). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. *Saúde Infantil e juvenil: programa - tipo de actuação*. Lisboa: DGS (Orientações Técnicas: 12) [versão eletrónica]. Consultado a 25 de setembro de 2011, em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2005b). Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa Nacional de Combate à Obesidade. Lisboa: DGS. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de setembro de 2012, em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008253.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2007). *Interrupção Voluntária da Gravidez por opção da mulher: Guia informativo*. [versão eletrónica]. Consultado a 1 de maio de 2013 em: http://www.portaldasaude.pt/NR/ronlyres/45E9069C-D6E4-416F-AEED-06B4B3EF7198/0/GuiaInformativoIVG_DGS.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2007). *Vírus do Papiloma Humano, Infeção e Vacinas*. DGS, Ministério da Saúde, Circular Informativa, Nº: 4/DIR, 3. [versão eletrónica]. Consultado a 1 de outubro de 2013 em: http://www.spdc.pt/brightcontent_images/11242_3.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2007b). Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil, Divisão de Epidemiologia e Estatística. *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo de Lei 16/2007 de 17 de abril*. [versão eletrónica]. Consultado a 26 de outubro de 2013, em: <http://backoffice.masterlink.pt/dgsaude/upload/pnsr/ficheiros/i010218.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2008). Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde (2008) *Elementos estatísticos: Informação geral 2008*. [versão eletrónica]. Consultado a 11 de setembro de 2012, em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Comissão Técnica de Vacinação, Vacinação contra infeções por Vírus do Papiloma Humano (HPV)*. [versão eletrónica]. Consultado a 1 de outubro de 2013 em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009812.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2008a). *Programa Nacional de Vacinação (PNV) Introdução da vacina contra infeções por Vírus do Papiloma Humano*. DGS, Ministério da Saúde, Circular

- Normativa. Nº: 22/DSCS/DPCD. [versão eletrónica]. Consultado a 26 de outubro de 2013 em: <http://www.mgfamiliar.net/DGS%20PNV+HPV.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2009). Direção de Saúde Reprodutiva. *Mortes Maternas em Portugal 2001-2007*. Relatório. Dezembro de 2009. Lisboa. [versão eletrónica]. Consultado a 11 de setembro de 2012, em: <http://www.dgs.pt/?cr=15483>
- Direção-Geral da Saúde. (2012) *Programa Nacional de Vacinação 2012*. Lisboa: DGS, Direção de Serviços de Prevenção e Controlo da Doença (DSPCD).
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil, Divisão de Epidemiologia e Estatística. *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo de Lei16/2007 de 17 de abril - Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011 (Edição revista em março de 2013)*. [versão eletrónica]. Consultado a 22 de maio de 2013, em: <http://backoffice.masterlink.pt/dgsaude/upload/pnsr/ficheiros/i010216.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Portugal: Doenças oncológicas em números – 2014*. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Relatório que traça o perfil da saúde dos cidadãos residentes no território nacional. [versão eletrónica]. Consultado a 25 de agosto de 2015, em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/CE376B97-E98F-49D2-8340-E7224EB7A8C6/0/i021579.pdf>
- Directiva n.º80/154/CEE, de 21 de Janeiro de 1980. Objetiva o reconhecimento dos diplomas, certificados e outros títulos de parteira e que inclui medidas destinadas a facilitar o exercício efectivo do direito de estabelecimento e da livre prestação de serviços. [versão eletrónica]. Consultado a 14 de novembro de 2013 em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:06:02:31980L0154:PT:PDF>
- Dixe, M. A. (2007). Prevalência das doenças do comportamento alimentar. Lisboa: *Revista Análise Psicológica*, 4(25): 559-569. [versão eletrónica] abr 10. Consultado a 5 de setembro de 2013, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n4/v25n4a02.pdf>
- Dorval, M.; Maunsell, E.; Deschênes, L.; Brisson, J. (1998). Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *American Cancer Society*, 83(10):2130-2138. [versão eletrónica]. Consultado a 30 de setembro de 2013, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9827717>
- Dourado, V. G.; Peloso, S. M. (2007). Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(1): 69-74. [versão eletrónica]. Consultado a 3 de julho de 2014, em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a12v20n1.pdf>
- Drummond, J. P. (2000). *Dor aguda: fisiologia, clínica e terapêutica*. São Paulo: Editora Atheneu.

- Du Bois, W. L. (2002). *A postpartum progressive resistance exercise program*. San Jose State University: The Faculty of the Department of Human Performance. (2001). *Dissertação de Mestrado*. [versão eletrónica]. Consultado a 31 de agosto de 2014, em: http://scholarworks.sjsu.edu/etd_theses/2213
- Duarte, T. P.; Andrade, N. A. (2003). Enfrentando a mastectomia: Análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(1):155-163. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de maio de 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17245.pdf>
- Dubar, C. (1997a). *A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora.
- Dubar, C. (1997b). Formação, trabalho e identidades profissionais. Em: *Formação e situações de trabalho* Porto: Porto Editora, 43-52.
- Dubar, C. (2006). *A crise das identidades. A interpretação de uma mutação*. Porto: Edições Afrontamento.
- Dutton, L. A.; Densmore, J. E.; Turner, M. B. (2010). *A pocket guide to clinical midwifery: the efficient midwife*. Boston: Jones and Bartlett.
- Elias, M. F. A. L. (1998). *Osteoporose, quedas e fraturas ósseas em mulheres idosas: estudo prospectivo em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, área de especialização em Epidemiologia, Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Estes, G.; Kuespert, D. (1976). Delphi in industrial forecasting. United States of America: *Chemical & Engineering New*, 54(35) 40-47. [versão eletrónica]. Consultado a 4 de fevereiro de 2011, em: <http://pubs.acs.org/doi/pdf/10.1021/cen-v054n035.p040>
- European Trauma Care Course. (1998). Trauma in pregnancy. *Trauma.ORG*. Consultado a 21 de agosto de 2012, em: <http://www.trauma.org/archive/resus/pregnancytrauma.html>
- European Communities; Europe Against Cancer Programme (European Cervical Cancer Screening Network); European Union Public Health Programme (European Cancer Network) (2008). *European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening*. [versão eletrónica]. *Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities*, 2ª ed. Consultado a 24 de maio de 2013, em: <http://www.enccr.eu/>
- European Commission. (2008). Directorate-General for Health & Consumers – Major and Chronic Diseases. Report 2007. Executive Summary. Luxembourg: European Communities. [versão eletrónica]. Consultado a 18 de fevereiro de 2012, em: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/docs/mcd_report_exs_en.pdf
- European Commission. (2012). Eurostat: Statistics Explained EU-27. [versão eletrónica]. Set. Consultado a 23 de outubro de 2013, em:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics/pt#Cancro

- Eurostat. (1999). *Vue statistique sur l'Europe 1987-1997*. Luxembourg: Office des Publications Officieles des Communautés Européennes. Consultado a 30 de março de 2012, em: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/statistics-a-z/abc>
- Fadi, G. M., et al. (2010). Trauma in Pregnancy: A Systematic Approach. *American Journal of perinatology*, 27(7):579-586, [versão eletrónica]. Consultado a 27 de dezembro de 2012, em: http://www.osuem.com/downloads/m_m/mirza_fadi_g.pdf
- Falcão, I. M.; Nogueira, P. J.; Pimenta, Z. (2001). Incidência anual de diabetes Mellitus em Portugal: resultados da rede médicos-sentinelas, de 1992 a 1999. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 17(6): 447-457.[versão eletrónica]. Consultado a 10 de fevereiro de 2011, em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=9857>
- Faria, C., et al. (2009). Vinculação na idade adulta, em: *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições, 2ª ed.
- Farrel, P., Scherer, K. (1983). The Dephi. Technique as method for selecting criteria to evaluate nursing care. *Nursing Papers., Spring 15(1):51-60*. [versão eletrónica]. Consultado a 10 de março de 2011, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6344024?report=abstract>
- Faúndes, A. (1991). Introdução. Em: Pinotti, J. A.; Grassioto, O. R.; Bacha, A. M. A. *A mulher: conhecendo a sua saúde*. São Paulo: IMESP, 11-13.
- Faure, E. (1981). *Aprender a Ser*. Lisboa: Livraria Bertrand.
- Federacion de Asociaciones de Matronas de Espanha (FAME). (2007). *Iniciativa Parto Normal: Documento de consenso*. Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. [versão eletrónica]. Consultado a 8 de junho de 2014, em: http://www.ordemEnfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Partto_Normal.pdf
- Feitosa W. M. N., Nascimento J. V. (2003). As competências específicas do profissional de Educação Física que atua na orientação de atividades físicas: um estudo Delphi. [versão eletrónica]. Brasília: *Revista Brasileira de Ciências e Movimento*, 11(4):19-26. Consultado a 17 de abril de 2012, em: <http://www.ucb.br/mestrado/ef/rbcm/downloads/artigo19-26v.11n.4.pdf>
- Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement and parent-child relationship at the transition to parenthood, [versão eletrónica]. *Infant Mental Health Journal*, 21(3):176-191. Consultado a 17 de outubro de 2012, em: <http://stantatkin.com/wp-content/uploads/2012/09/Feldman-father.pdf>

- Ferlay, J.; Boyle, P. (2004). Cancer incidence and mortality in Europe. [versão eletrónica]. France, Lion: *Oxford Journal*, 6(3): 481-488. Consultado a 22 de junho de 2012, em: <http://annonc.oxfordjournals.org/content/16/3/481.full>
- Fernandes, R.; Narchi, N., (org.) (2007). *Enfermagem e saúde da mulher*, Brasil: Tamboré, Editora Manole Ltda.
- Fernandes, S. (2000). *Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Psicológica Breve em Mulheres com Cancro da Mama*. Dissertação de Mestrado, não publicada. Braga: Universidade do Minho.
- Ferreira, F. (1990). *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Edições da Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, M.; Santos, M. R. (1994). *Aprender a Ensinar, Ensinar a Aprender*. Santa Maria: Afrontamento.
- Ferreira, N.; Lopes, C.; Araújo, D.; Pereira, J.; Barros, H. (1995). Alimentação e densidade mineral óssea em mulheres pré-menopáusicas. [versão eletrónica]. Lisboa: *Acta Médica Portuguesa*, 8(11): 599-605. Consultado a 5 de setembro de 2012, em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/2763/215>
- Ferreira, M., Costa, M. (2007). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. [versão eletrónica]. Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu. *Escola Superior de Enfermagem – 30 anos:51-58*. Consultado a 25 de novembro de 2012, em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/442/1/Cuidar%20em%20parceria.pdf>
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. [versão eletrónica]. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and health Psychology*. 3(3):521-539. [versão eletrónica]. Consultado a 25 de novembro de 2012, em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3696/1/Vincula%C3%A7%C3%A3o%20materna%20Contributo%20para.pdf>
- Figueiredo, A. M. (1998). *Ética e formação em enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- Figueiredo, A. P.; Ferreira, L.; Figueiredo, P. (2001). Impacto psico-social do cancro da mama. *Enfermagem oncológica*, (17), 22-27.
- Fink, A., et al. (1984). Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *American Public Health Association*, 74(9):979-983. [versão eletrónica]. Consultado a 28 de novembro de 2011, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1651783/>

- Fonseca, A. M.; Bagnoli, V. R., et al. (1999). Estudo multicêntrico da eficácia e tolerabilidade do aceclofenaco no tratamento da dismenorréia primária. *Revista Brasileira de Medicina*, março 56(3):169-173.
- Forno, S. E. A.; Poças, F. C.; Matos, M. E. S. (2012). O cancro coloretal e o rastreio: conhecimentos e atitudes dos portuenses. *Jornal Português de Gastreterologia* 19(3): 118-125. [versão eletrónica]. Consultado a 3 de setembro de 2013, em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Documentos/TeseMestradoOncologia2009.pdf>
- Foulcault, M. (2002). *The order of things*. Nova York: Routledge.
- Frade, A. (2009). *Programa de Ação para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina*. Alfaprint, Lda: Lisboa.
- Fradique, M. J.; Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10): 45-53. [versão eletrónica]. Consultado a 18 de abril de 2015, em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>
- Freire, P. (1975). *A psicologia do oprimido*. Porto: Edições Afrontamento.
- Freire, P.; Macedo, D. (1990). *Alfabetização: leitura da palavra leitura do mundo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1999). *Educação e Mudança*. São Paulo: Editora Paz e Terra S.A, 23ª ed.
- Frello, A. T.; Carraro, T, E. (2010). Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 12(4): 660-668. [versão eletrónica]. Consultado a 5 de março de 2015, em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a10.pdf
- Friis, R. H., et al. *Epidemiology for Public Health Practice*. 5 Wall Street, Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning 3ª ed.
- Frigato, S. e Hoga, L. (2003). Assistência à mulher com cancro de colo uterino. *Revista Brasileira de Cancerologia*. [versão eletrónica]. Consultado a 17 de outubro de 2013, em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/ARTIGO1.pdf
- Fuertes, M. (2004). *Rotas da Vinculação: O Desenvolvimento do Comportamento Interactivo e a Organização da Vinculação no Primeiro Ano de Vida do Bebê Prematuro*, Tese de Doutoramento. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP).
- Fuertes, M. et al. (2003). Interação mãe-filho e a qualidade da vinculação em crianças com alterações neuromotoras. [versão eletrónica]. Lisboa: Psicologia: *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*. 17(1):43-64. Consultado a 21 de outubro de 2012, em: http://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs_pesquisa.formview?p_id=46142

- Furtado, J., et al. (2011). *Menopausa – Conceitos e estratégias*, Circular Informativa n.º 01/2011 da Comissão Regional de Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente da Região Norte (CRSMCA), Administração Regional de Saúde do Norte, Ministério da Saúde Português. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de dezembro de 2012, em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Documentos/Circulares%20da%20ARSNorte/Circulares%20Informativas%202011/Menopausa%20conceitos%20e%20estrategias.pdf>
- Fullan, M. (1990). Staff Development Innovation and Institutional Development, em: B. Joyce. *School Culture Through Staff Development*. Virginia: Virginia Association for Supervision and Curriculum Development - Vascd, 3-25.
- Fullan, M. (1993). *The Change Forces: Probing the Depths of Educational Reform*. [Versão eletrónica]. London: Falmer Press. Parte de documento disponibilizado consultado a 9 de novembro de 2013, em: http://www.amazon.com/Change-Forces-Probing-Educational-Civilization/dp/1850008264#reader_1850008264
- Gage, J. D., et al. (2006). Integrative Review of Parenting in Nursing Research. *Journal of Nursing Scholarship* 38(1):56-62. [versão eletrónica]. Consultado a 5 de setembro de 2012, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16579325>
- Galandiuk, S. et al. (1992). Patterns of recurrence after curative resection of carcinoma of the colon and rectum. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*. 174(1): 27-32. [versão eletrónica]. Consultado a 3 de setembro de 2013, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1729745>
- Galdino, R. C. V.; Nunes, B. (2000). Iatrogenia: um risco desnecessário na assistência de enfermagem ao paciente crítico. *Revista de Enfermagem da UNISA*, (1): 47-50. [versão eletrónica]. Consultado a 5 de julho de 2014, em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2000-11.pdf>
- Gama, A.; Padez, C.; Marques, V. (1998) A idade de menarca em estudantes universitários de Coimbra e Lisboa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16(2):17-22.
- Gesteira, S. M. A.; Barbosa, V. L.; Endo, P. C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. São Paulo: *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4): 462-467. [versão eletrónica]. Consultado a 30 de junho de 2014, em: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307023809016.pdf>
- Giddens, A. (1996). *As Consequências da Modernidade*. Oeiras: Edições Celta, 3ª ed.
- Giovinazzo, R. A., Fischmann, A. A. (2001). *Delphi Electrónico: Uma Experiência de Utilização da Metodologia de Pesquisa e seu Potencial de Abrangência Regional*. [versão eletrónica]. Trabalho apresentado no XIV Congresso Latino-americano de Estratégia. 17, 18 e 19 de maio de 2001. Buenos Aires, Argentina. [versão eletrónica]. Consultado a 14 de novembro de 2012, em: http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm

- Globocan: International Agency for Research on Cancer. (2008). Cancer information: Cancer incidence and mortality Worldwide in 2008. [versão eletrónica]. Consultado a 3 de agosto de 2011, em: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2010/globocan2008.php>
- Globocan: International Agency for Research on Cancer. (2010). Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008, em: WHO e ICO - Information Center on HPV and Cervical Cancer (2010), Human Papillomavirus and Related Cancers – Portugal. *WHO/ICO, Summary Report 2010: 7*. [versão eletrónica]. Consultado a 26 de outubro de 2013, em: <http://screening.iarc.fr/doc/Human%20Papillomavirus%20and%20Related%20Cancers.pdf>
- Goffman, E. (1982). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 4ª ed.
- Goldberg, D. (2001). *Mental Illness in the Community: the pathway to psychiatric care (International Behavioural and Social Sciences Library)*. Routledge: Reprint Edition
- Gomes, A. Um olhar sobre a toxicodpendência. Sociedade Portuguesa de Pneumologia, *Boletim Informativo Oxigénio 5(17): 11-16*.
- Gomes-Pedro, J. (1985). O período sensível da mulher no pós-parto. *Revista de obstetrícia e ginecologia. Separata. 8 (76):17-29*.
- Gomez, G. (1993). *Género, Mujer y Salud en las Americas*. Washington: Organization Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud, Publicación Científica n.º 541.
- Gonçalves, S. (1998). *Perturbações do Comportamento Alimentar: estudo de prevalencia junto de uma população universitária feminina*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia. [versão eletrónica]. Consultado a 3 de setembro de 2012, em: <http://dited.bn.pt/31377/2364/2873.pdf>
- Gonçalves, Y. (2004). *Mutilação Genital Feminina*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família-APF.
- Gonzalez, H. (2001). *Enfermagem em ginecologia e obstetrícia*. São Paulo: Editora Senac.
- González, C. (2004). *Manual práctico do aleitamento materno*. Parede: Associação Mama Mater.
- Gordon, J. T. (1994). *The Delphi Method. Futures Research Methodology*. [versão eletrónica]. AC/UNU Millennium Project. [versão eletrónica]. Consultado a 22 de agosto de 2012, em: <http://www.gerenciamento.ufba.br/Downloads/delphi%20%281%29.pdf>
- Gowin, D. B., et al. (1996). *Aprender a aprender*. Lisboa: Edições Plátano.
- Guedeney, N.; Guedeney, A. (2004). *Vinculação: Conceitos e Aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guimarães, G. et al. (2007). A formação do apego pais/recém-nascido prétermo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem [versão eletrónica]. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Florianópolis: Programa de Mestrado e Pós-

- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis: *Texto Contexto Enfermagem* 16(4):626-635. Consultado a 22 de agosto de 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a06v16n4.pdf>
- Guimarães, E. (1986). A mulher portuguesa na legislação civil. *Análise Social*, vol. XXII 92-93(3º,4º):557-577. [versão eletrónica]. Consultado a 23 outubro de 2012, em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223552761S9jHG4vr3Ci53FM9.pdf>
- Guinsburg, R.; Almeida, M. F. B. (2011). *Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: Condutas 2011*. [versão eletrónica]. Consultado a 29 junho de 2014, em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimacaNeonatal-2011-24jan11.pdf>
- Gutierrez, E. (1992). *Grupo Mulherando. Mulher na Menopausa: declínio ou renovação?* Rio de Janeiro: Rosa dos Tempo.
- Graça, L. C. C., et al. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência* III(4): 27-35. [versão eletrónica]. Consultado a 5 dezembro de 2012, em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a03.pdf>
- Graça, L. M. (2000). *Medicina materno-fetal*. Lisboa: Lidel, 2ª ed.
- Graça, L. (1999). Higiene e Panaceia: da arte de curar a doença à arte e conservar a saúde. [versão eletrónica]. Consultado a 23 abril de 2013, em: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos2.html>
- Graham, W. J. (2002). *Now or never: the case for measuring maternal mortality*. *Lancet* 359: 701-704.
- Graham, W. J. et al. (2008). Measuring maternal mortality: an overview of opportunities and options for developing countries. [versão eletrónica]. *BioMedicalCenter, BMC Medical*. 26;(6):12. Consultado a 23 abril de 2013, em: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/6/12>
- Guerra, M. J. et al. (2014). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto. [versão eletrónica]. *Revista Portuguesa de Saúde Mental. Edição Especial (1)*:117-124. Consultado a 5 agosto de 2015, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a19.pdf>
- Hackley, B.; Kriebs, J. M.; Rousseau, M. E. (2007). *Primary Care of Women: a guide for midwives and women's health providers*. Boston: Jones and Bartlett.
- Hale, P. (1999). VIH, Hepatite e Doenças Sexualmente Transmissíveis. Em: Stanhope, M. e Lancaster, J. *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência, 853-878.
- Halpern, C. (2009). L'identité. Histoire d'un succès. em: Halpern, C. (coord.), *Identité(s). L'individu, le groupe, la société*. France: Auxerre: Éditions Sciences Humaines, 7-14.

- Hanafin, S. (2004). *Review of literature on the Delphi Technique*. [versão eletrónica]. Consultado a 11 de novembro de 2012, em: http://www.dcy.gov.ie/documents/publications/Delphi_Technique_A_Literature_Review.pdf
- Hargreaves, A.; Fullan, M. (1992). Introduction. In A. Hargreaves & M. Fullan (eds.). *Understanding Teacher Development*. New York: Teachers College Press, 1-19.
- Hargreaves, A. (1998). *Os professores em tempos de mudança: o trabalho e a cultura dos professores na idade pós-moderna*. Alfragide: McGraw-Hill.
- Harlap, S.; Shiono, P. H.; Ramcharan, S. (1991). A life table of spontaneous abortions and the effects of age, parity and other variables. Em Hook, E. B., Portes, I., ed. lit. — Human embryonic and fetal death. New York: Academic Press, 1980. op cit em : Singh, S., Wulf, D. Estimating abortion levels in Brazil, Colombia and Peru, using hospital admissions and fertility survey data. *International Family Planning Perspectives*. 17:1 8-13.
- Heilborn, M. L.; Aquino, E. M. I.; Bozon, M. K. (org.). (2006). *O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Editora Garamond.
- Heleno, B. (2011). Rastreio de cancro do pulmão com TAC de baixa-dose: redução da mortalidade contrabalançada por danos importantes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 27(5): 486-488.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hill, M. M.; Hill, A. (1998). *A Construção de um Questionário: Documento de Trabalho*. Lisboa: Dinâmica, Centro de Estudos sobre a Mudança Socioeconómica.
- Hoffmann, I. C.; Ressel, L. B.; Budó, M. L. D. (2010). A percepção e o percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. [versão eletrónica]. Consultado a 2 maio de 2014, em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/990/1600>
- Högberg, U.; Wall, S. (1986). Secular trends in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980. *Bull World Health Organ* 64(1):79-84. [versão eletrónica]. Consultado a 23 abril de 2013, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2490919/>
- Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade, em: *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milénio*. São Paulo: Casa do psicólogo livraria e editora Ltd, 1ª ed.
- Hrdy, S. B. (2001). *Mãe natureza: uma visão feminina da evolução: maternidade, filhos e selecção natural*. Rio de Janeiro: Editora Campos.

- Hudelson, P. (1996). Gender differentials in tuberculosis... the role of sócio economic and cultural factors. *Tubercle and Lung Disease*, 77(5): 391-400. [versão eletrónica]. Consultado a 6 novembro de 2012, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8959141>
- Illich, I. (1971). *Une Société sans école*. Paris: Éditeur Seuil.
- Index Mundi., [versão eletrónica]. consultado a 3 de janeiro de 2013, em: <http://www.indexmundi.com/map/?v=29&r=xx&l=pt>
- Indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio: Página Web oficial das Nações Unidas para os Indicadores de Objetivos Do Milénio. [versão eletrónica]. Consultado a 3 de janeiro de 2013, em: <HTTP://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. 2ª ed. Lisboa : INEM.
- Instituto do Consumidor (2002). Acidentes domésticos e de lazer vitimam mais homens que mulheres [versão eletrónica]. Consultado a 25 de março de 2004, em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/acidentes-domesticos-e-de-lazer-vitimam-mais-homens-que-mulheres-188403>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (1991), *Estatísticas de Portugal*. [versão eletrónica]. Consultado a 1 de junho de 2008, em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_pt_1991
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (1997). *Censos 91: Resultados definitivos. Portugal*. [versão eletrónica]. Consultado a 1 de junho de 2008, em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&menuBOUI=13707294&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=65588377&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (1997), *Estatísticas Demográficas*. [versão eletrónica]. Consultado a 22 de outubro de 2012, em: www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (1999) *Estimativas da População Residente em 1998*. [versão eletrónica]. Consultado a 22 de outubro de 2012, em: www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2001). *Inquérito à Fecundidade e Família 1997*. [versão eletrónica]. Consultado a 4 de abril de 2013, em: www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2003). *Anuário Estatístico de Portugal 2003. Indicadores de saúde*. [versão eletrónica]. Consultado a 22 de outubro de 2013, em: http://www.ine.pt/prod_serv/quadros/043/218/022/xls/00100000.xls
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2004). *Destaque: Informação à Comunicação Social no dia Mundial da População em 11 de julho de 2004*. [versão eletrónica]. Consultado a 22 de outubro de 2012, em: www.ine.pt

- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2008). *Estatísticas Demográficas 2007*. [versão eletrónica]. Consultado 4 de abril de 2013, em: www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2010). Mortalidade: compressão, deslocamento e causas de morte (Portugal 1950-2005) *Revista de Estudos Demográficos*, 2.º Semestre: 35-62.
- Instituto Nacional de Estatística (INE); Direção-Geral da Saúde (DGS); Ministério da Saúde (MS). (2010). *Dados de Portugal de Fontes/Entidades*. [versão eletrónica]. Consultado a 3 de Janeiro de 2013, em: www.pordata.pt
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). *Destaque: Informação à Comunicação Social: Momento Censitário de 21 de março de 2011*. [versão eletrónica]. Consultado a 9 de junho de 2011, em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_ficheirosintese
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2012a). *Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal 2001-2011*. [versão eletrónica]. Consultado a 10 de maio de 2012, em: www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2012b). *Estatísticas de nados-vivos*. Estimativas Anuais da População Residente. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de fevereiro de 2013, em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Infopédia. Porto: Porto Editora, 2003-2013. [Versão eletrónica]. Consultado a 12 de outubro de 2013, em: www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/hemorragia
- International Council of Nurses (2010). *CIPE ® Versão 2.0. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Jen Martin, E. (2002). *Intrapartum management modules: a perinatal education program*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Johnson, S. (2004). Premenstrual Syndrome, Premenstrual dysphoric Disorder, and Beyond: A Clinical Primer for practitioners. *Obstetrics & Gynecology*, 104(4):845-359. [versão eletrónica]. Abstract consultado a 24 de maio de 2013, em: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2004/10000/Premenstrual_Syndrome,_Premenstrual_Dysphoric.30.aspx
- Johnson, J. Y. (2012). *Enfermagem maternal e do recém-nascido Desmestificada. Um guia de aprendizado*. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, Artmed, Mc Graw Hill.
- Johnston-Robledo, I.; Crisler, J. (2013). The Menstrual Mark: Menstruation as Social Stigma. *Sex Roles, Spinger Science & Business Media*, 68 (1):9-18.
- Jongenelen, I., et al. (2009). Vinculação na adolescência Em *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Braga: Edições Psiquilíbrios, 2ª ed.
- Júnior, A. N.; Reis, R. B.; Campos, R. S. M. (2010). *Manual de Urologia*. São Paulo: Editores Archimedes. [versão eletrónica]. Consultado a 18 de novembro de 2011, em:

<http://www.sbu-mg.org.br/usuario/downloads/OS1658-MANU-ManualdeUrologia-03-08-10.pdf>

- Justo, C. (2005). *A Técnica Delphi de Formação de Consensos*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. [versão eletrónica]. Consultado a 5 de setembro de 2012, em: <http://www.observaport.org/node/162>
- Kaiser Permanente Care Management Institute. *Breast cancer screening clinical practice guideline*. [versão eletrónica]. Consultado a 5 de setembro de 2013, em: <https://www.guidelinecentral.com/summary-specialty/oncology>
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Karvonen, M.; Tuomilehto, J.; Libman, I.; LaPorte, R. (1993). A Review of the recent epidemiological data on the worldwide incidence of Type I (insulin-dependent) diabetes mellitus, *Diabetologia*, 36(10): 883-892. <http://link.springer.com/article/10.1007%2F02374468#page-1>
- Kaufmann, J. (2005). *A invenção de si*. Lisboa: Piaget.
- Kawachi, I. et al., (1998). Women's status and the health of women and men: a view from the States, *Social Science and Medicine*, 48(1):21-32. [versão eletrónica]. Consultado a 25 de outubro de 2013, em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795369800286X>
- Keeney, S., Hasson, F., McKenna, H. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, abril 38(2):195-200. [versão eletrónica]. Consultado a 25 de janeiro de 2011, em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748900000444>
- Kemp, N.; Richardson, E. (1993). *A garantia da qualidade no exercício de Enfermagem*. Oxford: Butterworth-Heinemann, Ltda.
- Kerlinger, F. N.; Lee, H. B. (2000). *Foundations of Behavioural Research*, Fort Worth, TX: Harcourt & Brace, 4ª ed. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de abril de 2011, em: http://www.aera.net/uploadedFiles/Journals_and_Publications/Journals/Educational_Researcher/3002/AERA3002_Johnson.pdf
- Kitzinger, S. (1996). *Mães. Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença, 2ª ed.
- Knopp, R. H., Aikawa, K. (2002). Estrogen, female gender, and heart disease, em: Topol E.J. *Heart disease: a textbook of cardiovascular disease*. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 171-188.
- Kohler, H. P.; Billari, F.; Ortega, J. (2002). The emergence of Lowest-Low Fertility in Europe during the 1990s. *Population and Development Review*, 28(4):641-680. [versão eletrónica] Consultado a 26 de outubro de 2013, em: http://web.usal.es/~jaortega/invest/KBO_pdr2002.pdf

- Lang, C. T.; King, J. C. (2008). Maternal mortality in the United States. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 22(3):517-531.
- Last, J. M. (1987). *Public health and human ecology*. Ottawa: Prentice-Hall, Appleton and Lange/Prentice Hall.
- Latter, S. (1998). Nursing health education and health promotion: lessons learned, progress made and challenges ahead. *Oxford: Oxford Journal, Health Education Research (2): i – v.* . [versão eletrónica]. Consultado a 5 de abril de 2012, em: <http://her.oxfordjournals.org/content/13/2/163.2.full.pdf>
- Lee, J. R. (2002). *Équilibre hormonal et progesterone naturelle*, France: Editions Sully.
- Lei nº 16/2007, de 17 de Abril. *Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez*. [versão eletrónica]. Consultado a 12 de dezembro de 2012, em: http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Anexos%20Saude/lei_ivg_16_2007.pdf
- Lei nº 9/2009, de 4 de março. *Transposição da Directiva 2005/36/CE, do PE e do Conselho, de 7 de setembro e da Directiva 2006/100/CE, do Conselho, de 20 de Novembro, para a ordem Jurídica Interna*. [versão eletrónica]. Consultado a 5 de junho de 2014, em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2009/03/04400/0146601530.pdf>
- Leitão, N. C. (2004). Rastreio do Cancro do Cólon e Reto: recomendações da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva - SPED. *Endonews*.(8): 2.
- Lesne, M. (1078). *Trabalho Pedagógico e Formação de Adultos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lessard-Hérbert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1990). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Levine, A. (1984). A model for health projections using knowledgeable informants. *World Health Statistics Quarterly*, 37: 306-317.
- Libâneo, J.C. (2003). *Didáctica*. São Paulo: Editora Cortez.
- Lima, F.; Neves, A. (2011). Conciliação da vida profissional com a vida familiar – módulo ad hoc do Inquérito ao Emprego de 2010. *Estatísticas do emprego*, INE, 3º trimestre de 2011, 34-50.
- Lima, V., et al. (2006). Vinculação em casais: representação da intimidade e da interação conjugal. *Psicologia* 20(1):51-63. [versão eletrónica]. Consultado a 23 de abril de 2013, em: www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492006000100004&lang=pt
- Lindeman, C. A. (1975). Delphi survey of priorities in clinical nursing. *Nursing Research* 24(6):434-441.
- Lindley, C.; Vasa, S.; Sawyer, W. T.; Winer, E. P. (1998). Quality of life and preferences for treatment following systemic adjuvant therapy for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 1(16)1380-1387.

- Lipiansky, E., Taboada-Leonetti, I.; Vasquez, A. (1990). Introduction à la problématique de l'identité. em: Camilleri, C.; Kastersztein, J.; Lipiansky, E. Malewska-Peyre, H.; Taboada-Leonetti, I. e Vasquez, A., *Stratégies identitaires*. Paris: Presses Universitaires de France, 7-26.
- Lisboa, M. (Coord.). (2015). Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação. Relatório Final. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. [versão eletrónica]. Consultado a 18 de maio de 2015, em: http://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/07/Relat_Mut_Genital_Feminina_p.pdf
- Little, C. (2003). Female genital circumcision: Medical and cultural considerations. *Journal of Cultural Diversity*, 10(1):30-34.
- Lopes, M., et al (1994) *A Relação da Ajuda, uma forma de cuidar de doentes com Cancro da Mama*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.
- Lopes, M.; Dogmar, E.; Waldow, V. (1998). *Marcas da Diversidade*. Brasil, Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Lopes, P. (1997). Formação em Enfermagem e Cidadania. *Enfermagem em Foco. Revista do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses*, (26): 37-42.
- Lopes, M. A. P. (1999). O corpo da pessoa: que lugar ocupa nos cuidados de enfermagem? Lisboa: *Revista Nursing*, 12(138):20-24.
- Lopez, A. D. (1984). Diferenças de mortalidade por sexo. *Crónica de la OMS*, 38(5):224-232.
- Lourenço, N.; Lisboa, M.; Pais, E. (1997). Violência contra as Mulheres. Lisboa: Comissão da Igualdade e dos Direitos das Mulheres, CIDM, *Cadernos da Condição Feminina*, (48).
- Lourenço, J. J. (2004). *Caracterização de Mutações do Gene BRCA1 em pacientes com cancro de mama e ou ovário hereditários do Instituto Nacional de Cancer do Rio de Janeiro*, Dissertação de Mestrado em Genética da Universidade Federal do Rio de Janeiro. [versão eletrónica] Resumo consultado a 2 de abril de 2012, em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/RESUMO2.pdf
- Lowdermilk, D. L.; Perry, S. E., et al. (2008). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda, 7ª ed.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., et al. (2002). *O cuidado em enfermagem materna*. Porto Alegre: Editora Artmed, 5ª ed.
- Lowinson, J. H.; Ruiz, P.; Milman, R. B.; Langrod, J. G. (2005). *Substance abuse. A Comprehensive Textobook*. Lippincott Williams & Williams.
- Machado, J. P. (2001), Problemas éticos relativos à reprodução/procriação medicamente assistida, em: Archer, L., et al., *Novos desafios à Bioética*. Porto: Porto Editora, 98-109.
- Machado, M. C. S. (2007). Gestão da Saúde e o Plano Nacional 2004/2010. Lisboa: *Cadernos de Economia*. (80): 34-40.

- Magalhães, S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança*, Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto. [versão eletrónica]. Consultado a 22 de outubro de 2012, em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1784/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Maissi, E.; Marteau T. M.; Hankins M.; Moss S.; Legood R.; Gray A. (2005). The psychological impact of human papillomavirus testing in women with borderline or mildly dyskaryotic cervical smear test results: 6-month follow-up. *British Journal of Cancer* 92:990-994. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de outubro de 2013, em: <http://www.nature.com/bjc/journal/v92/n6/full/6602411a.html>
- Malglaive, G. (1995). *Ensinar Adultos*. Porto: Porto editora. Coleção Ciências da Educação.
- Marc, E.; Garcia-Loequeux, J. (1997). *Guia de Métodos e Práticas em Formação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Marinho, L. (2002). O papel do auto-exame mamário e da mamografia no diagnóstico precoce do câncer de mama. *Revista de Ciências Médicas*. 11(3):233-2.
- Martin, E. (1987). *The woman in the body*. Milton Keynes: Open University Press.
- Martin, C. (1991). *Soigner pour apprendre:acquérir un savoir infirmier*. Paris: Les Editions Ellipses.
- Martin, J. J. D. L. G.; Hernández, J. S.; Sanches, M. A. D.; Hernández, E. M. (2003). Influência de las actitudes, expectativas y creencias en la adaptación a la menopausa. *Anales de Psiquiatria*, 19(8): 329-336. [versão eletrónica] Consultado a 30 de setembro de 2013, em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=765029>
- Martin, R. M. et al. (2005). Breast-feeding and cancer: the Boyd Orr Cohort and a Systematic Review with Meta-analysis. *Journal of the National Cancer Institute*. 97(19):1446-1457. [versão eletrónica] Consultado a 2 de novembro de 2012, em: <http://jnci.oxfordjournals.org/content/97/19/1393.1.full#sec-6>
- Martingo, C. (2007). *O corte dos genitais femininos em Portugal: o caso das guineenses*. Lisboa: Universidade Aberta. [versão eletrónica]. Consultado a 28 de dezembro de 2012, em: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Colec_Teses/tese_22.pdf
- Martino, J. P. (1993). *Technological forecasting for decision making*. New York: Mc Graw-Hill Inc. 3ª ed. [versão eletrónica]. Consultado a 14 de novembro de 2012, em: http://books.google.pt/books?id=Jex8AAAAIAAJ&oe=UTF-8&redir_esc=y
- Martinot, D. (2009). Le soi en psychologie sociale. em: Halpern, C. (coord.), *Identité(s). L'individu, le groupe, la société*. France. Auxerre: Éditions Sciences Humaines, 36-44.
- Martins, C. A. (1999). Construindo a Identidade Profissional dos Enfermeiros. Coimbra: *Revista Sinais Vitais*, 27(11): 56-58.

- Martins, C. A. (2013). *A Transição no Exercício da Parentalidade durante o Primeiro Ano de Vida da Criança: Uma Teoria Explicativa de Enfermagem*. Tese de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa. [versão eletrónica]. Consultado a 10 de novembro de 2013, em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671_td_Cristina_Martins.pdf
- Martins, José (2008). Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. 2º semestre. *Revista Pensar Enfermagem*, 12(2):62-66. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de novembro de 2013, em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf
- Masanet, E.; Padilla, B.; Ortiz, A.; Hernández-Plaza, S.; Rodrigues, E. (2010). Barreiras socioeconómicas no acesso à saúde materno-infantil das mulheres imigrantes na área metropolitana de Lisboa. *CICS/ENSP/FIOCRUZ, Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas*. [versão eletrónica]. Consultado a 16 de setembro de 2014, em: http://www.uminho.pt/uploads/eventos/EV_9225/20140724450014551642.pdf
- Matsuda, L. M. et al. (2014). Perceção de Enfermeiros sobre o uso de la computadora en el trabajo. Brasil: *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6):949-956. [versão eletrónica]. Consultado a 3 de junho de 2015, em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0949.pdf>
- Mauss, M. (1985). *Sociologie et anthropologie*. Paris: Puf, Collections Quadrige.
- Maybin, J. A.; Critchley, H. O. D. (2011). Progesterone: a pivotal hormone at menstruation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1221(1): 88-97. United States National Library of Medicine.
- Mazzo, A.; Coelho, M. F.; Jorge, B. M.; Cassini, M.; Mendes, I. A. C. et al (2014). Enfermagem na abordagem das infeções geniturinárias. *ProEnf Saúde do Adulto* (29): 29-47. [versão eletrónica]. Consultado a 12 de agosto de 2015, em: http://www.researchgate.net/publication/262765257_Introduo_Enfermagem_na_Abordagem_das_Infeces_GenIturInrias_29_ProEnF_Sade_do_Adulto
- Melles, H. H. B.; Colombo, S.; Linhares, I. M.; Siqueira, L. F. G. (2000). Avaliação de parâmetros para o diagnóstico laboratorial de infeção genital feminina pela *Chlamydia trachomatis*. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 33(4): 355-361. [versão eletrónica]. Consultado a 18 de janeiro de 2011, em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v33n4/2487.pdf>
- Melo, H; Nunes, R. (2000). Nota sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez, *Revista Portuguesa de Bioética, Cadernos de Bioética*, 23.
- Melo, E.; Araújo, T. L.; Oliveira, T.; Almeida, D. (2002). Mulher mastectomizada em tratamento quimioterapêutico: Um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48: 21-28.

- Merck, S. (2000). *Manual Merck: Saúde para a Família*. Loures: Oceano.
- Mesquita, E.; Machado, J.; Formosinho, J. (2014). *Luzes e sombras da formação contínua: entre a conformação e a transformação*. Ramada: Edições Pedagogo.
- Mestrinho, M. G. (2011). *Profissionalismo e competências dos professores de Enfermagem*, Tese de Doutoramento em Educação, Área de Formação de Professores, Instituto de Educação, Universidade de Lisboa. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de novembro de 2012, em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4227/2/uksd061143_td_Maria_Mestrinho.pdf
- Mestrinho, M. G. (2012). *O Ensino de Enfermagem: caminhos de mudança na formação dos professores*. Loures: Lusociência.
- Meyler, E.; Trenoweth, S. (2007). *Succeeding in nursing and midwifery education*. England: John Willey & Sons.
- Miles, A. (1991). *Women, Health and Medicine*, Filadélfia: Milton Keynes, Open University Press.
- Milholand, A., et al. (1973). *Medical assessment by a Delphi group opinion technique*. NRJM, 288.
- Ministério da Administração Interna (1999). *Relatório 1998: Elementos Estatísticos*. Lisboa: Direção Geral de Viação, Direção de Serviços de Circulação e Segurança Rodoviária, Observatório da Segurança Rodoviária.
- Ministério da Administração Interna (2004). *Sinistralidade Rodoviária 2004: Elementos Estatísticos*. Lisboa: Direção Geral de Viação, Direção de Serviços de Circulação e Segurança Rodoviária, Observatório da Segurança Rodoviária. [versão eletrónica]. Consultado a 18 outubro de 2010, em: <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2004/Relat%C3%B3rio%20Anual/Relat%C3%B3rio%20Anual%202004%20%28PDF%29.pdf>
- Ministério da Saúde; OMS (1985). *As metas da saúde para todos*. Lisboa (Portugal), Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, p. 227.
- Ministério da Saúde (1996). *Portugal saúde 1996*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, Publicações.
- Ministério da Saúde (1997). *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2000). *Elementos Estatísticos: Saúde/1998*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, Divisão de Estatística, Publicações.
- Ministério da Saúde (2005). *Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006*. [versão eletrónica]. Consultado a 4 de setembro de 2013, em: http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf
- Ministério da Saúde (2006). *Direção Geral da Saúde, Divisão de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental*. [versão eletrónica]. Consultado a 18 de abril de 2013, em:

<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude.aspx>

Ministério da Saúde (2009). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010: Orientações programáticas*. [versão eletrónica]. Consultado a 26 de outubro de 2013, em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/D7541CA5-C133-423A-BFB1-B879100AE48B/0/PNPCDO_2007_Versaofinal.pdf

Ministério da Saúde (2015). *Sinopse Estatística: Portugal 2013*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Toxicodependências SICAD: Divisão Estatística e Investigação. [versão eletrónica]. Consultado a 4 de junho de 2015, em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/Documents/2015/Sinopse%20Estatistica_2013_pt.pdf

Ministério da Solidariedade e Segurança Social (2012). *Acidentes de trabalho 2009. Coleção Estatísticas*. Lisboa: Coordenação Editorial, de Redação e de Distribuição, Centro de Informação e Documentação/Gabinete de Estratégia e Planeamento. [versão eletrónica]. Consultado a 17 de fevereiro de 2013, em: <http://www.gep.msess.gov.pt/estatistica/acidentes/atrabalho2009.pdf>

Ministério do Trabalho e da Solidariedade (sd). *Estatística em Síntese. Acidentes de Trabalho. Inquérito aos trabalhadores sinistrados. Ano de 1998*. Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional – DETEFP. [versão eletrónica]. Consultado a 15 de março de 2011, em: <http://www.gep.msess.gov.pt/estatistica/acidentes/sinistralidade1998.pdf>

Miranda, L. (2005). *Pierre Bourdieu e o campo da comunicação: por uma teoria da comunicação praxiológica*. Porto Alegre: EDIPUCRS, Coleção Comunicação (34).

Mohallem, A., et al. (2007). *Enfermagem Oncológica*. Brasil: Editora Manole Lda.

Monteiro A. (1979). *Mastologia*. Rio de Janeiro: Edições Cultura Médica.

Montejo-Rosas G. (2002). Cuidados paliativos em câncer avançado. Experiência de sete anos em el hospital civil de Guadala de Guadalajara, Jalisco. México: *Revista Médica do México*. 138(3).

Montoro, F. A. (1979). *Prevenção e detecção do câncer de mama*. São Paulo: Edições da Universidade de São Paulo.

Morais, M. G. (2002). *Morte no Século XX: A Transição da Mortalidade e Estruturas de Causa de Morte em Portugal Continental*. Lisboa: Edições Colibri.

Morais, D. A.; Barzagli, K. I. S.; Pineli, M. T.; Alves, A. F. S. M.; Paiva, S. M. A. (2012). *Actuação do Enfermeiro à Mulher no Climatério*. Monografia do Curso de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Poços de Caldas. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de fevereiro de 2015, em: <http://icbs.pucminas.br/arq/Destaques/pdf/ARTIGO%206.pdf>

- Moreno, A. S.; Garcia, E. R.; Campos, P. M. (2000). *Conceptos en educación para la salud*, Em: Moreno, A. S.; Garcia, E. R.; Campos, P. M. (dir.). *Enfermería comunitária*. Madrid: McGraw-Hill.
- Morin, E. (2002). *Os sete saberes para a educação do futuro*. Lisboa: Eduição Piaget.
- Mosca, L.; Jones, W. K.; King, K. B. et al.(2000) For the American Heart Association's Women's Heart Disease and Stroke Campaign Task Force. Awareness, perception, and knowledge of heart disease risk and prevention among women in the United States. *Archives of Family Medicine*, 9(6): 506-515. [versão eletrónica]. Consultado a 23 de outubro de 2013, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10862212>
- Mosca, L.; Appel, L. J.; Benjamin, E. J. et al. (2004). Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women. *Journal of the American College of Cardiology*, 43(5): 900-921. [versão eletrónica]. Consultado a 23 de outubro de 2013, em: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1133008>
- Motta, I. S. (2005). A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: o olhar da mulher. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*. 5(2): 219-228. [versão eletrónica]. Consultado a 28 de maio de 2014, em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n2/a11v05n2.pdf>
- Moura, S.; Araújo, M. (2004). A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia Ciencia e Profissão*, 24(1):44-55. [versão eletrónica]. Consultado a 6 de março de 2012, em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n1/v24n1a06.pdf>
- Muntoni, S.; Muntoni, S. (1999). New insights into the epidemiology of type I diabetes in Mediterranean countries. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews* 15(2): 133-140. [versão eletrónica]. Consultado a 6 de março de 2012, em: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/%28SICI%291520-7560%28199903/04%2915:2%3C133::AID-DMRR20%3E3.0.CO;2-V/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/%28SICI%291520-7560%28199903%2915:2%3C133::AID-DMRR20%3E3.0.CO;2-V/abstract)
- Nardiz, M. V. A. (1989). *Enfermería y Atención Primaria de Salud: De enfermeiras de médicos a enfermeiras de la comunidade*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S. A.
- Nascimento, M. A. L.; Souza, E. F. (1997). Síndrome da assistência de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 16(2): 165-169.
- Nascimento, S. L.; Oliveira, R. R; Oliveira, M. M. F.; Amaral, M. T. P. (2012). Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: Estudo retrospectivo. *Fisioterapia Pesquisa*, 19(3): 248-255. [versão eletrónica]. Consultado a 29 de janeiro de 2014, em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v19n3/a10v19n3.pdf>
- Neves, J. P.; Ayres-de-Campos, D. (2012). Mortalidade materna em Portugal desde 1929. *Acta Obstétrica Portuguesa*, 8 (3): 84-100. [versão eletrónica]. Consultado a 8 de março de 2013, em: <http://www.aogp.com.pt/page-article-227.ew>

- Neto, A. A. L. (2005). *Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, 81(5): 2094-2100.* [versão eletrónica]. Consultado a 8 de março de 2013, em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa06>
- Niewada, M.; Kobayashi, A.; Sandercock, P. A.; Kaminski, B.; Czlonkowska, A. (2005). Influence of gender on baseline features and clinical outcomes among 17,370 patients with confirmed ischaemic stroke in the international stroke trial. for the International Stroke Trial Collaborative Group. *Neuroepidemiology, 24(3): 123-128.* [versão eletrónica]. Consultado a 23 de outubro de 2013, em: <https://www.karger.com/Article/FullText/82999>
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.* Loures: Lusociência.
- Nobile, I. (1984). Álcool e gravidez. Considerações epidemiológicas e efeitos adversos sobre o concepto. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 33(5): 347-351.*
- Nogueira, J. D. (1998). *Representações do Parto.* Lisboa: *Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, XIV, 1(4): 40-42.*
- Nogueira, C. M. (1999). Determinantes da Síndrome Pré-menstrual: Análise de Aspectos Clínicos e Epidemiológicos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 21(2): 117.*.. Resumo de Tese de Doutoramento apresentado à faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. [versão eletrónica]. Consultado a 8 de março de 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v21n2/12602.pdf>
- Norman, D. K., et al. (1990). *Critical features of a curriculum in health care quality and management. QRB, 9.*
- Northrup, C. (2010). *La sabiduría de la menopausia.* Barcelona: Ediciones Urano.
- Novais, C.; Bernardo, C.; Marques, I. (2008). Terapêutica hormonal de substituição – qual a evidência. *Patient Care, 11: 65-9.*
- Novak, J. D. (2000). *Aprender Criar e Utilizar o Conhecimento.* Plátano Universitária. Lisboa: Plátano Editora.
- Nóvoa, A. (1991). Concepções e práticas de formação contínua de professores, em: *Formação contínua de professores: realidades e perspectivas.* Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Nóvoa, A. (1992). Formação de professores e profissão docente. em: António Nóvoa (org.) *Os professores e a sua formação.* Lisboa: Publicações Dom Quixote. Porto. [versão eletrónica] Consultado em 11 de outubro de 2013, em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4758/1/FPPD_A_Novoa.pdf
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro.* Loures: Lusodidacta.
- Nunes, L. (2004). Configurando a Relação Bioética e Ética de Enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros, (13): 7-10.*
- Nunes, L. (2005). *Ética na investigação em enfermagem.* Comunicação apresentada no XXVI Congresso Português de Cardiologia, [versão eletrónica]. Consultado em 11 de maio de

2013,

em:

http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/eticanainvestigacaoemenfermagem.pdf

- Nunes, L. (2006). *Justiça, Poder e Responsabilidade. Articulação e Mediações nos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Nunes, L. (2011). *Ética de enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- Nunes, D. C.; Silva, L. A. M. (2012). Humanização na assistência de Enfermagem durante a gestação, parto e puerpério e seus desafios na promoção de saúde. *Revista Mineira de Ciências da Saúde*, (4): 57-68.
- Nunes, C.; Pereira, I.; Barata, S.; Clode, N.; Graça, L. M. (2013). Placenta acreta-como abordar? *Acta de Obstetrícia e Ginecologia Portuguesa*, 7(1): 58-61. [versão eletrónica]. Consultado a 9 de setembro de 2014, em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/2013-1caso_clinico.pdf
- Oakley, A. (1984). *Doctor Knows Best*, Great Britain and United States America: Open University Press, 170-175.
- Observatório das Desigualdades do Instituto Universitário de Lisboa – ISCTE-. [versão eletrónica]. Consultado a 21 de outubro de 2012, em: <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=indicators&id=1988>
- Observatório das Mulheres Assassinadas em Portugal, constituído em 2004 como grupo de trabalho, da União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR). Consultado a 28 de junho de 2012, em: <http://www.tvi24.iol.pt/iol-push---sociedade/violencia-domestica-violencia-mulheres-tvi24-homicidios/1357578-6182.html>
- Olds, S. B.; London, M. L.; Ladewig, P. A. (1987). *Enfermería Materno-infantil: Un concepto Integral Familiar*. Espanha: Nueva Editorial Interamericana, 2ª ed.
- Oliveira, C. (1999). *A Educação como processo auto-organizativo. Fundamentos Teóricos para uma Educação Permanente e Comunitária*. Lisboa. Horizontes Pedagógicos.
- Oliveira, I. C. S.; Rodrigues, R. G. (2005). Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). *Texto Contexto Enfermagem*, 14(4): 498-505. [versão eletrónica]. Consultado a 12 de agosto de 2015, em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a05v14n4>
- Oliveira, P. E., et al. (org.). (2012). *Ensaio sobre o pensamento de Karl Popper*. Curitiba: Circulo de Estudos Bandeirantes. [versão eletrónica]. Consultado a 8 de março de 2012, em: <http://www.pucpr.br/arquivosUpload/1237436911338236651.pdf>
- Onega, L. L.; Devers, E. (2008). Educação para a saúde e processo de grupo. Em: Stanhope, M.; Lancaster, J. (2008). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Loures: Lusodidacta. 7ª ed. 303-440.
- Organização Nações Unidas (ONU). Declaração e Plataforma de Ação de Pequim, da Organização das Nações Unidas. [versão eletrónica]. Consultado a 12 de novembro de

- 2013, em: <http://www.unric.org/pt/actualidade/27555-declaracao-e-plataforma-de-accao-de-beijing-quinze-anos-apos-a-sua-adopcao>
- Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OE) (2013). *Parecer n.º 27/2013 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. [versão eletrónica] Consultado a 28 de setembro de 2013, em: www.ordemEnfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Dados Estatísticos a 31-12-2014*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [versão eletrónica]. Consultado em 2 de maio de 2014, em: http://www.ordemEnfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Parecer do Conselho Jurisdicional n.º 35*. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de maio de 2012, em: http://www.ordemEnfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/ParecerCJ35_2002_InterrupcaoVoluntariaGravidez_site_protég.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Parecer do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica n.º 41*. [versão eletrónica]. Consultado a 12 de agosto de 2014, em: http://www.ordemEnfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_41_2013_GT_Peticao_39_XII_DGS.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *15 Propostas para melhorar a eficiência do serviço nacional de saúde: contributo da Ordem dos Enfermeiros*. [versão eletrónica]. Consultado a 19 de agosto de 2015, em: http://www.ordemEnfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/15_propostas_2015_VersaoFinal_01Out2013_protég.pdf
- Osborne, J.; Collins, S.; Ratcliffe, M.; Millar, R.; Duschl, R. (2003). What ‘‘Ideas-about-Science’’ Should Be Taught in School Science? A Delphi Study of the Expert Community. *Journal of Research in Science Teaching*, 40(7), 692–720.
- Otto, S. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1965). *Efectos del parto en el feto y el recién nacido: informe de un grupo científico de la OMS*. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de julho de 2014, em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38466/1/WHO_TRS_300_spa.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1997). *Female Genital Mutilation: A joint WHO/UNFPA statement*. World Health Organisation, Geneva. [versão eletrónica]. Consultado a 7 de fevereiro de 2014, em: http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2005a). Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetrícia: manual para professores de enfermagem obstétrica. Módulo básico: *a parteira na comunidade*. 2ª ed. Genebra. [versão eletrónica].

- Consultado a 25 de outubro de 2012, em:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9248546668_1_por.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2005b). Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetria: manual para professores de enfermagem obstétrica. Módulo básico: *Parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto*. 2ª ed., Genebra [versão eletrônica]. Consultado a 25 de outubro de 2012, em:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9248546668_3_por.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2005c). Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetria: manual para professores de enfermagem obstétrica. Módulo básico: *Eclâmpsia*. 2ª ed., Genebra [versão eletrônica]. Consultado a 25 de outubro de 2012, em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9248546668_5_por.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2005d). Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetria: manual para professores de enfermagem obstétrica. Módulo básico: *Aborto incompleto*. 2ª ed., Genebra [versão eletrônica]. Consultado a 25 de outubro de 2012, em:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9248546668_6_por.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2005e). Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetria: manual para professores de enfermagem obstétrica. Módulo básico: *Hemorragia pós-parto*. 2ª ed., Genebra [versão eletrônica]. Consultado a 25 de outubro de 2012, em:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9248546668_2_por.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2005f). Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetria: manual para professores de enfermagem obstétrica. Módulo básico: *Sépsis puerperal*. 2ª ed., Genebra [versão eletrônica]. Consultado a 25 de outubro de 2012, em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9248546668_4_por.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2010), (O)USAR & Ser Laço Branco. Plano de atividades. [versão eletrônica]. Consultado a 12 de setembro de 2014, em:
[URL:http://www.esenfc.pt/site/index.php?module=esenfc&target=outreach-projects&id_projecto=40&id_aps=9&tipo=APS](http://www.esenfc.pt/site/index.php?module=esenfc&target=outreach-projects&id_projecto=40&id_aps=9&tipo=APS)
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2013) *Prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres: nota de orientação da OPAS/OMS* [versão eletrônica]. Consultado a 26 de outubro de 2013, em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78128/8/9789275717479_por.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem 2008-2012*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [versão eletrônica]. Consultado a 2 de setembro de 2013, em:
http://www.ordemEnfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/2008_planoeenfermagem.pdf

- O'Reilly, B.; Bottomley, C.; Rymer, J. (2008). *Ginecologia e Obstetrícia*. Loures: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- Ortiz M I., et al. (2009). Prevalence and impact of primary dysmenorrhea among Mexican high school students. *International Journal of Gynecology Obstetrics*. 107 (3): 240-243. [versão eletrónica]. Consultado a 24 de maio de 2013, em: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(09\)00411-1/fulltext](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(09)00411-1/fulltext)
- Otto, S. (2000). *Enfermagem oncológica*. Loures: Lusociência.
- Pacheco, J; Flores, A. (1999). *Formação e avaliação de professores*. Porto: Porto Editora.
- Paiva, V. (1996). Sexualidades adolescentes: escolaridade, género e o sujeito social. Em: Parker, R.; Barbosa, R. M. (org.). *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 213-234.
- Paneque, M. *et al* (2012). Consideraciones generales en la atención de urgência a la paciente obstétrica politraumatizada. [versão eletrónica]. *Enfermería Global*. Nº 25, Enero. Consultado a 12 de dezembro de 2012, em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000100026&script=sci_arttext
- Pardal, L.; Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal.
- Parkin, D. M.; Bray, F.; Ferlay, J.; Pisani, P. (2005). Global Cancer Statistics, 2002. *Cancer Journal for Clinicians*, 55(2): 74-108).
- Parente, B.; et al. (2007) Estudo Epidemiológico do Cancro do Pulmão em Portugal no ano 2000/2002. *Revista Portuguesa de Pneumologia*; 13(2): 255-265. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de setembro de 2013, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/pne/v13n2/v13n2a05.pdf>
- Patrício, M. (1989). Traços principais do perfil do professor do ano 2000. *Inovação*, 2(3): 229-245.
- Paulinelli, R. (2003). A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. *Revista Brasileira Saúde Materna e Infantil*, 3(1): 17-24.
- Pawlik, T. M.; Choti, M. A. (2007). Surgical therapy for colorectal metastases to the liver. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 11(8): 1057-1077. [versão eletrónica]. Consultado a 3 de setembro de 2013, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17530336>
- Pearlman M. D. (1997). *Traumatismo abdominal contuso em embarazadas*. México: Tintinelli.
- Pedrosa, A. (2004). A Enfermagem Portuguesa: Referências Históricas. Coimbra: *Revista Referência*. 11: 69-78.
- Pereira, Q. T. (1998) *As exigências do exercício da profissão de Enfermeiro e a organização da educação em enfermagem, em articulação com as alterações ao sistema de Ensino*

- Superior Politécnico* [texto policopiado]: parecer técnico. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Perrenoud, P. (1997). *Práticas Pedagógicas, Profissão Docente e Formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, Instituto de Inovação Educacional, 2ª ed.
- Perrenoud, P. (2000). *Dez Novas Competências para Ensinar*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Perrenoud, P. (2002). *A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica*. Porto Alegre: ARTMED.
- Pintassilgo, J.; Alves, L. A.; Correia, L. G.; Felgueiras, M. L. (2007). *A História da Educação em Portugal: Balanço e perspectivas*. Porto: edições ASA.
- Pinto, E.; Campos, R.; Pinelo, S.; Gouveia, A.; Gonçalves, J. (2012). Breast and gynecologic hereditary cancer. *Acta de Obstetrícia e Ginecologia Portuguesa*, 6(1): 20-32. [versão eletrónica]. Consultado a 22 de setembro de 2014, em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/2012-1artigo_de_revisao_2.pdf
- Phillips. C. R. (2003). *Family-centered maternity care*. Boston: Jones and Bartlett. ISBN: 0-76372-360-6
- Phipps (2009). *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Loures: Lusodidacta, 8ª ed.
- Piccinini, C. A., et al. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Revista de Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3): 303-314. [versão eletrónica]. Consultado a 8 de agosto de 2013, em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18817303>
- Pilker, V.; Winterowd, C. (2003). Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer. *Health Psychology* 22(6): 632-637. [versão eletrónica]. Consultado a 12 de janeiro de 2013, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14640861>
- Pill, J. (1971). The Dephi method: substance, context, a critique and an annotated bibliography. *Socio-Economic Planning Science*, (5): 57-71.
- Pimentel, D. et al (1991). A estrutura das identidades no Quotidiano do Trabalho: o caso dos profissionais de enfermagem. *Sociologia: Problemas e Práticas*. Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES), (9):43.
- Pimentel, M. (2000). Enfermagem: Identidade e Representação num Contexto em Mudança – A perspectiva de dois grupos de alunos. Coimbra: *Revista Referência*, 4(5): 31-37.
- Pinto, M. C. G. (2009). *As vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: Conhecer e Compreender para Cuidar*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. [versão eletrónica]. Consultado a 12 de setembro de 2013, em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19362/2/Tese%20Mestrado%20Carmo%20Pinto2.pdf>
- Pires, A. L. (1994). *As novas competências profissionais*. Lisboa: Formar (10):4-19.
- Pires, M. I. V. (2001). *Pedagogia de Vinculações e Educação para os Valores*. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação: área da Psicossociologia da Educação da

- Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, em Lisboa. [versão eletrónica]. Consultado a 5 de janeiro de 2012 em: <http://hdl.handle.net/10362/329>
- Pires, A. L. (2002). *Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova, em Lisboa. [versão eletrónica]. Consultado a 5 de janeiro de 2012 em: http://run.unl.pt/bitstream/10362/1004/1/pires_2002.pdf
- Plano Nacional de Saúde 2004-2010. [versão electrónica] Consultado a 19 de janeiro de 2014 em: <http://www.acs.min-saude.pt/2010/01/08/pns2004-2010/>
- Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Levantamento de determinações e recomendações da Organização Mundial da Saúde em Saúde. (2010). Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Podkameni, A. B. et al. (2007). Afro-descendência, família e prevenção, em Filho, J.; Burd, M. *Doença e Família*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Popper, K. R. (2001). *A lógica da pesquisa científica*. Tradução. Leonidas Hegenber e Octanny Silveira da Mota. 9 ed. São Paulo: Cultrix, 30.
- Polit, D.; Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3.^a Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ponte, J. P. (1994). Formação contínua: Políticas, concepções e práticas. *Aprender*, (16): 11-16.
- Ponte, J. P. (1998). *Didáticas específicas e construção do conhecimento profissional*. Conferência no IV Congresso da Sociedade Portuguesa das Ciências da Educação, no dia 18 de Fevereiro. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- PORDATA (2013). Esperança de vida À nascença desde 2001. [versão electrónica] Consultado a 6 de maio de 2014 em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+%28base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001%29-418>
- Portaria nº 275 de 18 de março de 2009. Cria os Agrupamentos de Centros de Saúde do Alentejo Litoral, Alentejo Central I e Alentejo Central II, integrados na Administração Regional de Saúde do Alentejo, conforme previsto no Decreto -Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro. [versão eletrónica]. Consultado a 18 de dezembro de 2012 em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/239849D6-C1AE-4AAB-ABDC-11381BCB6092/16102/0172701728.pdf>
- Portaria nº 394-B/2012 de 29 de novembro. Introduce a reconfiguração da dimensão geográfica dos ACES integrados na Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo. [versão eletrónica]. Consultado a 24 de abril de 2011, em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2012/11/23101/0000500011.pdf>
- Powell, C. (2004). The Delphi technique: myths and realities. *Methodological Journal of Advanced Nursing* 41(4): 317-418.

- Portaria nº 276 do Diário da República nº 54, Série I de 18 de março de 2009. Estabelece a Identificação; Sede; Área geográfica; Centros de saúde abrangidos e respectiva população e Recursos humanos afectos, identificados por grupo profissional, relativamente a cada ACES. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de abril de 2011 em: <http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/1/15/Portaria276-2009.pdf>
- Potén, J., et al. (1995). Strategies for global control of cervical cancer. *International Journal of Cancer*, 60(1):1-26 [versão eletrónica]. Consultado a 27 de outubro de 2013, em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.2910600102/abstract;jsessionid=844836C9220CD154115A8D0111F6D4BB.f02t01?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
- Potter, P.; Perry, A. (2006), *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência, 5º ed.
- Press, S. J. (1978). Qualitative controlled feedback for forming group judgements and making decisions. United States of America: *Journal of the American Statistical Association*. (73): 526-535.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, PNUD (1996). *Relatório do Desenvolvimento Humano*, Lisboa: Tricotinental Editora.
- Protec, S.; Alan, T. (2008). Muestreo. In GUERRISH, Kate; LACEY, Anne – *Investigación en Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 5ª ed.
- Queiroga, H.; Parente, B. (1993) Dados estatísticos de 10 serviços hospitalares. *Arquivos da Sociedade Portuguesa de Patologia Respiratória*, 10(3): 177-84.
- Queirós, L. P. (1999). *Auto-imagem quanto à aparência física, na população feminina, em idade escolar*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Quintana, L. M.; Heinz, L. N.; et al. (2010). Influência do nível de atividade física na dismenorreia. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 15(2): 101-104.
- Ramanathan, S. (1995). *Anestesia Obstétrica*. Tijuca: Revinter.
- Raminhos, J. (2003). Impacto do Diagnóstico de Doença Oncológica no Indivíduo. Porto: *Revista de Enfermagem Oncológica*. Porto. (26).
- Rebelo, B. S. C. (2013). *As estratégias da equipa de enfermagem na promoção da vinculação mãe/bebé prematuro*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Guarda: Instituto Politécnico da Guarda: Escola Superior de Saúde. [versão eletrónica]. Consultado a 12 de outubro de 2013, em: <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/1486/1/E%20SIP%20-%20B%C3%A1rbara%20Susana%20Cl%C3%ADmaco%20Rebelo.pdf>
- Rebelo, V. et. al. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças* 8(1):

- 13-32. [versão eletrónica]. Consultado a 18 de outubro de 2013, em:
<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a02.pdf>
- Reder, et al. (2011). *Em causa: aprender a aprender*. Porto: Editora Porto Editora
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro-REPE definido pelo Decreto-Lei n.º 161 de 4 de Setembro de 1996. Estabelece os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos Enfermeiros, constituindo o REPE. [versão eletrónica]. Consultado a 8 de novembro de 2013, em:
<http://www.ordemEnfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, 2.ª Série. N.º 35 de 18 de Fevereiro. [versão eletrónica]. Consultado a 14 de novembro de 2013, em:
http://www.ordemEnfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf
- Regulamento n.º 127/2011. Diário da República. 2ª Série. N.º35 de 18 de Fevereiro. [versão eletrónica]. Consultado a 14 de novembro de 2013, em:
http://www.ordemEnfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf
- Reis, M. A.; Teixeira, J. A. (2000). Rastreio oncológico: Adesão das mulheres ao auto--exame da mama. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA, 505-520.
- Relatório EHLASS/ Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada - ADELIA
- Relvas, A. P.(2000). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ricci, S. S. (2008). *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ringdahl, E. (2002). Promoting postpartum exercise: An opportune time for change. *The Physician and Sportsmedicine*, 30(2): 31-36.
- Rocha, M. D. H. A.; Rocha, P. A. (2010). Do Climatério à Menopausa. *Revista Científica do ITPAC*, 3(1): 24-27. [versão eletrónica]. Consultado a 9 de agosto de 2014, em:
<http://www.itpac.br/arquivos/Revista/31/4.pdf>
- Rodríguez, J. A.; Sanchez, M. M. (1995). Valoración subjetiva de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama metastásico durante el tratamiento con quimioterapia. *Clínica y Salud. Revista de psicología clínica y salud*, (6): 83-92.
- Rodrigues, F. J. C.; Costa, F. G.; Moura, L. S.; Pinto, B.; Gomes, L.; Carvalheiro, M.; Ruas, M. M. A. et al. (1997). Incidence of childhood Type I, insulin-dependent, diabetes mellitus in Coimbra, Portugal. *Diabetes Nutrition Metabolism Research and Review*, 10:14-17.

- Rodrigues, A. (2013). *Da assistência aos pobres aos cuidados de saúde primários em Portugal: O papel da enfermagem 1926-2002*. Tese de Doutoramento em Saúde Pública. Lisboa. Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Rojo, M. A. (2002). La determinación de las necesidades de los destinatarios del Programa. Em: Rojo, M. A. (Coord.) *Diseño Y Evaluación de Programas*. Madrid: Universidad Nacional Aberta, Dirección de Investigaciones y Postgrado. [versão eletrónica]. Consultado a 23 de agosto de 2013, em: <http://postgrado.una.edu.ve/disenho/paginas/alvarezrojo.pdf>
- Roldão, M. C. (2003). *Gestão do Currículo e Avaliação de Competências: As questões dos professores*. Lisboa: Editorial Presença.
- Roldão, M. (2007). *Cancro do colo do útero: Radioterapia Externa e Braquiterapia*. Lousã: Monitor, Projetos e Edições Lda.
- Romm, F. J.; Hulka, B. S. (1979). Developing criteria for quality of care assessment of the Delphi technique. *Health Ser. Res.*, 4.
- Rosa, L. M. (2011). *A mulher com câncer de mama do sintoma ao tratamento: implicações para o cuidado de enfermagem*. Tese de Doutoramento em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. [versão eletrónica]. Consultado a 6 de maio de 2014, em: http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2014/04/luciana_martins_da_rosa.pdf
- Rumeau-Rouquette, C. et al. (1997). Women's Health. *Oxford Textbook of Public Health*, Nova Iorque: Oxford University Press, Vol (3).
- Sadock, B. J.; Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Brasil: Editora Artmed, 9ª ed.
- Salem, T. (2004). "Homem? Já viu, né?": representações sobre sexualidade e género entre homens de classe popular. Em: Heilborn, M. L. (org.), *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getulio Vargas (FGV), 15-62.
- Salem, P. (2007). Reflexões sobre confiança e hábito em D.W. Winnicott e J. Dewey in Bezerra, B.; ORTEGA, F. *Winnicott e seus interlocutores*. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará.
- Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*. Coimbra: Edições Almedina.
- Santiago, L. M. (1999). Educação para a Saúde e redução da obesidade em ambulatório. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 17(1): 53-62.
- Santiago, M. (2009). *Percepções e comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório: contributo para a promoção da saúde*

- da mulher migrante*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa.
- Santos, L. et al. (sd). *Determinantes do Sucesso de Adopção e Difusão de Serviços de Informação Online*. Departamento de Sistemas de Informação, Universidade do Minho, Guimarães, Portugal. [versão eletrónica]. Consultado a 5 de maio de 2012, em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/2281/1/ArtigoCAPSI2004ServInf.pdf>
- Santos, M. C. (1999). *Trabalho experimental na aprendizagem em Ciências. O desenvolvimento de competências científicas na disciplina de Técnicas Laboratoriais de Biologia*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia.
- Santos, M. C. (2002). *Trabalho experimental no Ensino das Ciências*. Lisboa: Ministério da Educação, Instituto de Inovação Educacional.
- Santos, C. (2009). Cervical cytology use in portuguese urban women. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. [versão eletrónica]. Consultado a 5 de outubro de 2012, em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22154/4/TESE%20Carla%20Alves%20dos%20Santos.pdf>
- Santos, C. (2010). *Prevenção do Cancro do Colo do Útero*. Stop Cancer Portugal. Adotar um estilo de vida saudável. [versão eletrónica]. Consultado a 27 de outubro de 2013, em: <http://www.stopcancerportugal.com/2010/10/19/prevencao-do-cancro-do-colo-do-utero/>
- Santos-Sá, D.; Pinto-Neto, A. M.; Conde, D. M.; et al (2005). Etiologia, factores associados e tratamento das ondas de calor. *Feminina 33(1): 25-30*.
- Sasco, A. J. (1996). Investigações sobre o cancro da mama. *EntreNous, (4): 34-35*.
- Saurel-Cubizolles, et al. (1996). Mortalité et causes de décès. La force du sexe faible, em: La santé des femmes. Editores Saurel-Cubizolles M. J.; Blondel, B. Flammarion *Médecine-Science*, Paris, 14–35.
- Sbragia, L. (2010). Tratamento das malformações fetais intraútero. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, 32(1): 47-54*. [versão eletrónica]. Consultado a 17 de dezembro de 2014, em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n1/v32n1a08.pdf>
- Scheele, J.; Stangl, R.; Altendorf-Hofmann, A.; Gall, F. P. (1991). Indicators of prognosis after hepatic resection for colorectal secondaries. *Surgery, 110(1): 13-29*. [versão eletrónica]. Consultado a 3 de setembro de 2013, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1866690>
- Schneck, C. A.; Riesco, M. L. G. (2006). Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro normal intra-hospitalar. Belo Horizonte: *Revista Mineira de Enfermagem 10(3)*. [versão eletrónica]. Consultado a 8 de julho de 2014, em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/413>
- Schor, N. et al. (1998). Adolescência: vida sexual e anticonceção. Em: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), *Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*,

- 6(11):115-121. [versão eletrônica]. Consultado a 28 de outubro de 2013, em: <http://www.abep.org.br/?q=publicacoes/anais-do-xi-encontro-nacional-de-estudos-populacionais-1998>
- Schraiber, L. B.; Oliveira, A. F. P. L. (2006). *O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica*. Rio Grande do Sul: Fundação Ford.
- Secretariado Nacional de Reabilitação, (1996). Inquérito Nacional às Incapacidades, deficiências e desvantagens – resultados globais, *Edições Cadernos, Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas, n°9*, 270p.
- Seda, M., et al (2000). Traumatismos en la embarazada. *Emergencias y Catástrofes, 1(4)*: 237-245. [versão eletrônica]. Consultado a 12 de dezembro de 2012, em: http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Traumatismos_en_la_embarazada.pdf
- Seeley, R. et al (2003). *Anatomia e Fisiologia*. Loures: Lusociência.
- Seignalet, J. (1998). *L'Alimentation ou la troisième médecine*. Paris: François-Xavier de Guibert.
- Sellers, J. W. e Sankaranarayanan, R. (2004). *Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical*. Manual para principiantes. International Agency for Research on Cancer. Screening Group. [versão eletrônica]. Consultado a 27 de outubro de 2012, em: <http://screening.iarc.fr/colpo.php?lang=4>
- Serra, A. M. S. (2000). *Identidade Profissional versus Identidade Organizacional*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa – ISCTE-IUL
- Serrão, Carla (2008). (Re)pensar o climatério feminino. *Análise Psicológica, 1(26)*: 15-23. versão eletrônica]. Consultado a 4 de maio de 2014, em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a02.pdf>
- Seyferth, G. (2000). “As identidades dos imigrantes e o melting pot nacional”, em: *Horizontes Antropológicos. 6(14)*: 143-176. [versão eletrônica]. Consultado a 28 de dezembro de 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v6n14/v6n14a07.pdf>
- Sezeremeta, D. C.; Carvalho, M. S. S. et al. (2012). Dismenorreia: Ocorrência na vida de académicas da área de saúde. *UNOPAR Cient Ciências Biologia Saúde 15 (2)*: 123-126.
- Shaw, S. (1980). The causes of increasing drinking problems amongst women: a general etiological theory. In *Women and Alcohol*, New York: Tavistock Publications, 1-40.
- Sherwen, L. N.; Scoloveno, M. A.; Weingarten, C. (1999). *Maternity nursing: care of the childbearing family*. Londres: Prentice Hall International (UK), 3ª ed.
- Silva, L. F. (1991a). Investigação epidemiológica de saúde mental com a escala de rastreio ER/80. Coimbra: *Psiquiatria Clínica 12(2)*: 65-68.
- Silva, L. F. (1991b). O direito de bater na mulher: violência interconjugal na sociedade portuguesa. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, *Análise Social, 26(111)*:

- 385-397 [versão eletrónica]. Consultado a 13 de dezembro de 2011, em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223038880D5bPK3ve6Vj10EJ6.pdf>
- Silva, L. F. (1995). *Entre Marido e Mulher Alguém meta a Colher: para uma revisão bibliográfica sobre o tema*. Celorico de Basto: Editora À Bolina.
- Silva, D. P.; Silva, J. A. (1999). *Terapêutica Hormonal de Substituição na Prática Clínica*. Lisboa: Organon Portuguesa, Lda.
- Silva, L. F. (2004). *Sócio-antropologia da saúde, sociedade, cultura e saúde/doença*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, L. F. (2005). *Saúde/doença é questão de cultura*. Porto: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas.
- Silva, L. F. (2008). *Modernidade e desigualdades sociais*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, M. L. D. B. (2010). *Cuidado na perspetiva de homens: um olhar da enfermagem*. Dissertação de Mestrado do Programa de Pos-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. [versão eletrónica]. Consultado a 6 de fevereiro de 2014, em: <http://coral.ufsm.br/ppgenf/DissertSILVANAOSILVA.pdf>
- Silva, S. (2012). *Vinculação materna durante e após a gravidez: ansiedade, depressão, stress e suporte emocional*, Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto. [versão eletrónica]. Consultado a 3 de março de 2013, em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3259/3/DM_16833.pdf
- Silva, A. M., et al. (2009). Utilização da Técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 30(2): 348-351. [versão eletrónica]. Consultado a 28 de dezembro de 2012, em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23635/000725800.pdf?sequence=1>
- Silva, L.; Alves, F. (2003). *A saúde das mulheres em Portugal*. Porto: Edições Afrontamento.
- Simmonds, P. C. et al. (2006). Surgical resection of hepatic metastases from colorectal cancer: a systematic review of published studies. *British Journal of Cancer*. apr, 94(7): 982-999. [versão eletrónica]. Consultado a 3 de setembro de 2013, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16538219>
- Singhroo, R.; Huchko, M-; Yamey, G. (2013). Reproductive and Maternal Health in Post-2015 Era: Cervical Cancer Must Be a Priority. *PLoS, Medicine: A Peer-Reviewed, Open Access Journal*, 10(8). [versão eletrónica]. Consultado a 2 de novembro de 2013, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3742438/>
- Singly, F. (2001). *Libres ensemble. L'individualisme dans la vie commune*. Paris: Nathan.
- Snowden, R.; Christian, B. (1983). *Patterns and perceptions of menstruation: a world health organization international study*. British Library Cataloguing in Publication Data.
- Soares, I. (1997). *Da Blusa de Brim à Touca Branca*. Lisboa: Educa.

- Soares, M. C. (2010). Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil, *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery* 14(1): 90-96. [versão eletrônica]. Consultado em 5 de fevereiro de 2011, em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a14>
- Soares, H. (2008). O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. [versão eletrônica] Consultado a 28 de outubro de 2013, em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7175/2/Tese%20Mestrado%20Hlia.pdf>
- Soares, G. S.; Cortez, E. A.; Simões, S. M. F. (2010). Alterações físico-psicológicas do climatério no ambiente de trabalho e suas interferências na qualidade de vida da mulher: atuações para o Enfermeiro do trabalho. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 2(ed. Supl.): 554-557. [versão eletrônica] Consultado a 5 de junho de 2014, em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1025/pdf_207
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2007). *Cancro ginecológico*. Reunião de Consenso Nacional. Coimbra, Secção Portuguesa de Ginecologia Oncológica, Secção Portuguesa de Colposcopia e Patologia Cervico Vulvo Vaginal. 16-17. [versão eletrônica]. Consultado a 28 de outubro de 2013, em: www.spginecologia.pt/uploads/cancro_ginecologico_doc_final1.doc
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2013). Consultado a 28 de outubro de 2013, em: <http://www.spginecologia.pt/>
- Solis-Ponton, L. (2004). *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milénio*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.
- Sousa, A. P. (2011). Cancro do útero: Tendências e estudos recentes. Monografia de Licenciatura em Ciências Farmacêuticas, da Universidade Fernando Pessoa, Porto. [versão eletrônica]. Consultado a 28 de outubro de 2013, em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2275/3/MONO_14067.pdf
- Sousa, S.; Neves, J. P.; Amaral, A.; Loureiro, T. (2013). *Acta de Obstetricia e Ginecologia Portuguesa*, 7(3): 190-198. [versão eletrônica]. Consultado a 5 de março de 2015, em: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/08-aogp-d-12-00023.pdf>
- Souto, M. D.; Souza, I. E. (2004). Sexualidade da mulher após a mastectomia. Brasil: São Paulo. Escola de Enfermagem Anna Nery, *Revista de Enfermagem* 8(3 dez.): 402-410. [versão eletrônica]. Consultado a 4 de abril de 2015, em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127718062011.pdf>
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Editora Lusodidacta, 4ª ed.

- Streiner, D.; Norman, G. (2008). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Nova Iorque: Oxford University Press, 4ª ed.
- Sy, F.; Long-Marin, S. (1999). Risco e Prevenção das Doenças Transmissíveis. Em: Stanhope, M.; Lancaster, J. *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência, pp. 827-852.
- Tap, P. (1996). *A Sociedade Pigmaleão*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Tap, P. (2009). Marquer sa différence. In Halpern, C. (coord.), *Identité(s). L'individu, le groupe, la société*. France. Auxerre: Éditions Sciences Humaines, 55-59.
- Takemoto, M. L. S.; Silva, E. M. (2007). Acolhimento e transformação no processo de trabalho em enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas. São Paulo: *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2): 331-340. [versão eletrônica]. Consultado a 12 de novembro de 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a18.pdf>
- Tarkowski, S. (2009). Human ecology and public health. Oxford University Press of the European Public Health Association. *European Journal of Public Health*, 19(5). [versão eletrônica]. Consultado a 28 de outubro de 2012, em: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/19/5/447.full.pdf+html>
- Taylor, K. L., et al. (2002). Treatment regimen, sexual attractiveness concerns and psychological adjustment among African American breast cancer patients. *Psychooncology*, 11(6): 505-517. [versão eletrônica]. Resumo consultado a 25 de setembro de 2012, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12476432>
- Teixeira, A.; Rocha, G.; Guimarães, H. (2007). Transição fetal-neonatal no recém-nascido de muito baixo peso. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(6): 250-256. [versão eletrônica]. Consultado a 3 de julho de 2014, em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4718/3536>
- Teles, M. A. A.; Melo, M. O. (2003). *O que é violência contra a mulher*. São Paulo: Brasiliense.
- Tharpe, N. L.; Farley, C. L. (2009). *Clinical practice guidelines for midwifery and women's health*. Boston: Jones and Bartlett.
- Thomson, W. A., et al. (1979). Use of Delphi methodology to generate a survey instrument to identify priorities for state allied health associations. *Allied Health Behavioral Science*, 2(4): 383-399. [versão eletrônica]. Consultado a 21 de fevereiro de 2012, em: <https://www.researchgate.net/signup.SignUpKeywords.html?dbw=true>
- Tiemstra, J. D.; Patel, K. (1998). Hormonal therapy in the management of premenstrual syndrome. *Journal of the American Board of Family Practitioners*. 11 (5): 378-381.
- Torres, N., et al. (2004). Experiências traumáticas e estilos de vinculação adulta a parceiros de intimidade em toxicodependentes e estudantes. *Revista Toxicodependências do Instituto da Droga e Toxicodependência* 10(3):57-70. [versão eletrônica]. Consultado a 5 de

- novembro de 2013, em:
<http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/ArtigoDetalhe.aspx?ID=162>
- Trill, M. D.; Goyanes, A. D. (2003). *El cáncer de mama*. Psico-Oncologia Madrid: Ades Ediciones.
- UNICEF (2009) *Relatório Situação Mundial da Infância*. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de fevereiro de 2011, em:
http://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf
- Unsal, A., et al. (2010). Prevalence of dysmenorrhea and effect on quality of life among a group of female university students. *Upsala Journal of Medical Science*, 115(2): 138-183.
- Valadares, J.; Graça, M. (1998). *Avaliando para melhorar a aprendizagem*. Lisboa: Paralelo Editora.
- Valadares, G. C.; Ferreira, L.; Filho, H. C.; Romano-Silva, M. A. et al. (2006). Belo Horizonte. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 33(3): 117-123. [versão eletrónica]. Consultado a 18 de outubro de 2013, em: <http://artigos.psicologado.com/abordagens/psicanalise/um-olhar-psicanalitico-sobre-a-menstruacao#ixzz2i5gU7iXr>
- Valente, R. I. (2009). *Parentalidade em Famílias Multiproblemáticas: Como os técnicos a avaliam*. Dissertação de Mestrado em Vitimização da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. [versão eletrónica]. Consultado a 5 de outubro de 2014, em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2747/1/605735_Tese.pdf
- Vasconcelos, A. P. B.; Ribeiro, F. G.; Torres, M. W. C. (sd.). *Câncer de Mama: mastectomia e as suas complicações pós-operatórias: um enfoque no Linfedema e na Drenagem Linfática Manual-DLM*. [versão eletrónica]. Consultado a 25 de agosto de 2014, em: http://www.ipirangaeducacional.com.br/banco_arquivo/download/7ef55bff555.pdf
- Vasquez, A. (1990). Les mécanismes des stratégies identitaires: une perspective diachronique. Em: Camilleri, C.; Kastersztejn, J.; Lipiansky, E., Malewska-Peyre, H.; Taboada-Leonetti, I.; Vasquez, A., *Stratégies identitaires*. Paris: Presses Universitaires de France, 143-171.
- Veiga, T. R.; Guardado Moreira, M. J.; Fernandes, A. A., (2004). “Social Changes and Better Health Conditions of the Portuguese Population 1974-2000”, *Hygiea Internationalis*, 4(1): 255-276.
- Veríssimo, S. M. A. C. (2010). Relações entre ansiedade-estado e ansiedade-traço, sintomas depressivos e sensibilidade ao stress em puérperas. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa. [versão eletrónica]. Consultado a 27 de janeiro de 2015, em: http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1261/Capas_S%C3%B3nia_Ver%C3%ADssimo_20080842.pdf?sequence=1

- Vieira, R. (2009). *Identidades pessoais: interações, campos de possibilidade e metamorfoses culturais*. Lisboa: Edições Colibri.
- Vieira, F.; Bachion, M. M.; Salge, A. K. M.; Munari, D. B. (2010). Diagnósticos de enfermagem na NANDA, no período pós-parto imediato e tardio. *Revista da Escola Anna Nery*, 14(1): 83-89. [versão eletrónica]. Consultado a 28 de abril de 2014, em: <http://www.scielo.br/pdf/e-an/v14n1/v14n1a13>
- Vilar, D. (2009). Contributos para a história das políticas de saúde sexual e reprodutiva em Portugal (7-28). em: Santos, A. et al. (org.), *Representações sobre o aborto: Ação Colectiva e (I)legalidade num Contexto em Mudança*. Centro de Estudos Sociais 2009, e-cadernos CES. [versão eletrónica]. Consultado a 5 de março de 2011, em: <http://www.ces.uc.pt/e-cadernos/media/ecadernos4/e-cadernos4.pdf>
- Villaverde Cabral, M., & Silva, P.A. (2009). *O Estado da Saúde em Portugal*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Villaverde Cabral, M., & Silva, P.A. (2009). *Os Portugueses e o SNS hoje. Acesso, Avaliação e Atitudes da População Portuguesa Perante a Saúde e o Sistema Nacional de Saúde*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Vítor Fonseca (2014). *Aprender a Aprender: O Papel da educabilidade cognitiva e da Neuropsicopedagogia*. Lisboa: Âncora Editora.
- Waldow, V. R.; Lopes, M.; Meyer, D. (1995). *Maneiras de Cuidar. Maneiras de Ensinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Waldow, V. R. (2005). *Estratégias de ensino na enfermagem: enfoque no cuidado e no pensamento crítico*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- Waldow, V. R. (2006). *Cuidar. Expressão humanizadora da enfermagem*. Petrópolis: Vozes.
- Waldron, N. L., et al. (2010). Establishing a collaborative school culture through comprehensive school reform. *Journal of Educational and Psychological Consultation* 20(1): 58-74. [versão eletrónica]. Consultado a 9 de novembro de 2013, em: <http://education.ufl.edu/disability-policy-practice/files/2012/05/Waldron-McLeskey-2010-JEPC-Collaboration-9.pdf>
- Williams, R. P. (1999). *A família, uma unidade de cuidados*. In Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D. *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusociência, 4ª ed., 11-24.
- Winer, R. L., et al. (2013). Viral load and short-term natural history of type-specific oncogenic human papillomavirus infections in a high-risk cohort of midadult women. *International Journal of Cancer*. doi: 10.1002/ijc.28509. [versão eletrónica]. Consultado a 5 de março de 2011, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24136492>
- Whitkin, B. R., Altschuld, J. W. (1995). *Planning and Conducting Needs Assessments: a practical guide*. , California: SAGE Publications.

- Whitman, N. I. (1990). The committee meeting alternative using Delphi technique. *JONA*, 20(7/8).
- World Health Organization. (1978). — Declaration of Alma-Ata. Em: *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata*. USSR: Alma-Ata. [versão eletrônica]. Consultado a 11 de junho de 2012, em: <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>
- World Health Organization. (1994a). *Évaluation du risque de fracture et son application au déspitage de l'osteoporose post-ménopausique*, Rapport d'un group Scientifique de l'OMS, Série de Rapports Techniques, 843, Genebra, 145. [versão eletrônica]. Consultado a 18 de outubro de 2013, em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_843_fre.pdf
- World Health Organization. (1994b). *WHO scientific group on the Assessment of fracture risk and it's application to screening for postmenopausal osteoporosis*. Summary Meeting Report, Belgium, Brussels. [versão eletrônica]. Consultado a 5 de setembro de 2013, em: <http://www.who.int/chp/topics/Osteoporosis.pdf>
- World Health Organization. (1996a). *Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa*. Genebra: Série de Informes Técnicos (866). [versão eletrônica]. Consultado a 12 de outubro de 2013, em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_866_spa.pdf
- World Health Organization. (1996b). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneve: Department of Reproductive Health & Research. *Safe Motherhood*. [versão eletrônica]. Consultado a 8 de julho de 2014, em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
- World Health Organization. (2001). *Integrating the prevention and the management of health complications into the curricula of nurse and midwifery: A Student's Manual*. Department of Gender and Women's Health and Department of Reproductive Health and Research. [versão eletrônica] Consultado a 3 de dezembro de 2008 em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66857/2/WHO_FCH_GWH_01.4.pdf
- World Health Organization. (2008). *Elimating female genital mutilation: An interagency statement*. Geneva. [versão eletrônica]. Consultado a 5 de novembro de 2012, em: http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_State_ment_on_Eliminating_FGM.pdf
- World Health Organization. (1998). *The World Health Report 1998: life in the 21^o Century – A vision for all*. Genebra: WHO, 226p. [versão eletrônica]. Consultado a 02 de novembro de 2013, em: http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf
- World Health Organization. (2002). *Saúde 21 – Saúde para todos no século XXI*. Loures: Lusodidacta

- World Health Organization. (2004). *The World Health Report 2004 -changing history*. [versão eletrónica]. Consultado a 20 de outubro de 2013, em: http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf
- World Health Organization. (2005). *The world Health report 2005. Make every mother and child count*. [versão eletrónica]. Consultado a 22 de outubro de 2013, em: http://www.who.int/entity/whr/2005/whr2005_en.pdf
- World Health Organization. (2006). *Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice*. WHO, 284. [versão eletrónica]. Consultado a 27 de outubro de 2013, em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547006_eng.pdf
- World Health Organization. (2006). Female Genital Mutilation – new knowlegde spurs optimism. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Switzerland: Geneva. [versão eletrónica]. Consultado a 28 de dezembro de 2012, em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/progress72.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2008a) *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Geneva: WHO, 2008. [versão eletrónica]. Consultado a 29 de abril de 2015, em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
- World Health Organization. (2008b). *2008-2013 – Action Plan for the global Strategy for the prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. [versão eletrónica]. Consultado a 13 de agosto de 2014, em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44009/1/9789241597418_eng.pdf
- World Health Organization. (2009). *Sexual and reproductive health and rights; a global development, helth, and human rights priority*. [versão eletrónica]. Consultado a 31 de janeiro de 2014, em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/en/
- World Health Organization. (2010). *Information Center On HPV And Cervical Cancer Human Papillomavirus and Related Cancers – Portugal*. WHO/ICO, Summary Report 2010. [versão eletrónica]. Consultado a 27 de outubro de 2013, em: http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/PRT.pdf?CFID=4005139&CFTOKEN=5021129
- World Health Organization. (2010). *International Agency For Research on Cancer (IARC). (2010). Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008*. [versão eletrónica]. Consultado a 10 de outubro de 2012, em: <http://globocan.iarc.fr>
- World Health Organization, UNICEF, UNFA and the World Bank (2010). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by*. WHO, Geneva. [versão eletrónica]. Consultado a 22 de abril de 2012, em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44423/1/9789241500265_eng.pdf

- World Health Organization. (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*, 2º ed. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. [versão eletrónica]. Consultado a 22 de maio de 2013, em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf
- World Health Organization (2015). *Report 2015: Estimates Developed by UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels & Trends in Child Mortality*. USA: UNICEF; World Bank Group; ONU. [versão eletrónica]. Consultado a 18 de setembro de 2015, em: http://www.unicef.org/media/files/IGME_Report_Final2.pdf
- Woolliscroft, J.O., et al. (1985). *Self-evaluation by house officers in a primary care training program*. J. Med. Educ., 60.
- Wright, J., Giovinazzo, R. (2000). Delphi: uma ferramenta de apoio ao planeamento prospetivo (Ensaio) *Cadernos de Pesquisa em Administração*. 1, 12, 2º trimestre. [versão eletrónica]. Consultado a 7 de dezembro de 2012, em: <http://regeusp.com.br/arquivos/C12-art05.pdf>
- Wu, S.; Kocherginsky, M.; Hibbard, J. U. (2005). Abnormal placetation: twenty-year analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, (192): 1458-1461. [versão eletrónica]. Consultado a 6 de setembro de 2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15902137>
- Wyzykowski, A. (sd). *O Ovruling como aplicação concreta do método Popperiano ao desenvolvimento de um sistema de precedentes*. [versão eletrónica]. Consultado a 2 de março de 2012 em: <http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/2361>
- Zabala, A. et al. (2010). *Como aprender e ensinar competências*. Editor: Artmed Editora
- Ziegel, E.; Cranley, M. S. (1986). *Enfermagem Obstétrica*, Rio de Janeiro: Editora Guanabara S.A, 8ª ed.

ANEXO

ANEXO1. Questionário

Endereço electrónico para visualizar o questionário:

<https://docs.google.com/forms/d/12RzIRAJKsfTIKItpSDmdv4X8cpwzm2tt-WO66xsapzc/viewform>

