



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**INTERVENÇÃO EM MULHERES COM INTERRUPÇÃO TERAPÊUTI-
CA DA GRAVIDEZ**

Sandra Isabel Batista Capucho

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Orientadora
Professora Maria Otília Brites Zangão

Évora
2013



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**INTERVENÇÃO EM MULHERES COM INTERRUPÇÃO TERAPÊUTI-
CA DA GRAVIDEZ**

Sandra Isabel Batista Capucho

**Relatório Apresentado para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Orientadora
Professora Maria Otília Brites Zangão

Évora
2013

ÍNDICE

1. Introdução.....	8
2. Análise do contexto	10
2.1. Caracterização do ambiente de realização do estágio final.....	11
2.2. Caracterização dos recursos humanos e materiais.....	13
2.3. Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências...	15
3. Análise da população/utentes	
3.1. Caracterização geral da população e dos utentes.....	20
3.2. Cuidados e necessidades específicas da população-alvo.....	22
3.3. Estudos sobre programas de intervenção com a população-alvo.....	31
3.4. Recrutamento da população-alvo.....	33
4. Análise reflexiva sobre os objetivos	
4.1. Objetivos de intervenção profissional.....	34
4.2. Objetivos a atingir com a população-alvo.....	34
5. Análise reflexiva sobre as Intervenções	
5.1. Fundamentação das intervenções.....	35
5.2. Metodologias.....	39
5.3. Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas.....	41
5.4. Recursos materiais e humanos envolvidos.....	46
5.5. Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas.....	47
5.6. Cumprimento do cronograma.....	48
6. Análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo	
6.1. Avaliação dos objetivos.....	49
6.2. Avaliação da implementação do programa.....	50
6.3. Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas in- troduzidas.....	55

7. Análise reflexiva sobre competências mobilizadas e adquiridas.....	56
Conclusão.....	58
Referências bibliográficas.....	60

Apêndices

Apêndice A – Projeto de candidatura/projeto	66
Apêndice B – Organograma Funcional do Serviço de Ginecologia	73
Apêndice C – Consentimento para a Interrupção Terapêutica da Gravidez	75
Apêndice D – Protocolo do Serviço de Ginecologia	77
Apêndice E – Pedido de autorização a administração HBA	88
Apêndice F – Entrevista a mulher sujeita a ITG	90
Apêndice G – Aviso da formação em serviço	93
Apêndice H – Plano da formação em serviço	95
Apêndice I – Power Point da formação em serviço	98
Apêndice J – Avaliação da sessão	104
Apêndice K – Certificado da formação em serviço	106
Apêndice L – Apresentação do dossier para a ITG	108
Apêndice M – Elaboração da norma para a ITG	113
Apêndice N – Confirmação das alterações efetuadas na última enfermaria do serviço de Ginecologia	117
Apêndice O – Guia de satisfação da utente	119

Lista de figuras

Figura 1 – Hospital do Barlavento Algarvio.....	10
---	----

Lista de tabelas

Tabela n.º 1 – Distribuição das entrevistadas segundo a idade.....	23
Tabela n.º 2 – Estado Civil das entrevistadas.....	24
Tabela n.º 3 – Distribuição das entrevistadas segundo a Idade Gestacional.....	26
Tabela n.º 4 – Índice Obstétrico das entrevistadas.....	30
Tabela n.º 5 - “Qual o seu conhecimento sobre a Interrupção Terapêutica da Gravidez”.....	42
Tabela n.º 6 - “A informação foi clara”.....	42
Tabela n.º 7 - “Os conteúdos da Formação foram vantajosos para o desenvolvimento das suas competências”.....	43
Tabela n.º 8 - “A formação foi importante para o seu desempenho perante mulheres em ITG”.....	43
Tabela n.º 9 – Idade das utentes no Guia de Satisfação.....	52
Tabela n.º 10 – Estado Civil das utentes no Guia de Satisfação.....	52
Tabela n.º 11 – Se a Gravidez foi Planeada no Guia de Satisfação.....	53
Tabela n.º 12 – Primeira Gravidez das Entrevistadas no Guia de Satisfação.....	53
Tabela n.º 13 – Motivo da ITG no Guia de Satisfação.....	53
Tabela n.º 14 – Idade Gestacional no Guia de Satisfação.....	54

Lista de gráficos

Gráfico n.º 1 – Situação Profissional das entrevistadas.....	24
Gráfico n.º 2 – Questão: A Gravidez foi Planeada?.....	25
Gráfico n.º 3 - Motivo da Interrupção Terapêutica da Gravidez.....	27
Gráfico n.º 4 – Questão: “Teve dificuldade em decidir a ITG?”.....	28
Gráfico n.º 5 – Apoio emocional na ITG.....	29
Gráfico n.º 6 - Registo das grávidas internadas no Serviço de Ginecologia que efetuaram ITG em 2011 e 2012.....	36
Gráfico n.º 7 - Questão: “Sugestões/Comentários”.....	44

Resumo: “Intervenção em Mulheres com Interrupção Terapêutica da Gravidez”

O presente relatório de intervenção é o culminar de um projeto com o objetivo de melhorar as condições relacionais, ambientais e estruturais a mulheres sujeitas a Interrupção Terapêutica da Gravidez por morte fetal/malformação fetal, no serviço de Ginecologia do Hospitalar do Barlavento Algarvio. Para sua realização foi efetuada uma revisão sistemática da literatura através de fundamentação teórica essencial e pesquisas de estudos sobre o tema. Foram efetuadas cinco entrevistas a mulheres com idade gestacional superior a doze semanas. Pretendeu-se sensibilizar a equipa multidisciplinar para esta problemática através de Formação em Serviço, da aplicação de um Protocolo de Procedimentos e da reestruturação do serviço de forma a facilitar o acolhimento e internamento de mulheres sujeitas a Interrupção Terapêutica da Gravidez.

Abstract: “Intervention to women subject to Therapeutic Interruption of Pregnancy”

This report of intervention is the product of a study developed within the scope of an intervention project aimed at improving the relational, environmental and structural conditions to women subject to Therapeutic Interruption of Pregnancy due to foetal death or foetal malformation in the Department of Gynecology at Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. In the completion of the report a systematic review of relevant literature was carried out, encompassing essential theoretical framework and research made into studies available on the subject. Five interviews were carried out with women with gestational age beyond twelve weeks. The aim was to sensitize the multidisciplinary team to this sort of challenge through In-Service Training, the establishing of a Norm Procedure, and the physical restructuring of the ward in such a way as to make easier the admission and the stay of women to be subject to Therapeutic Interruption of Pregnancy.

1-Introdução

O presente trabalho, intitulado “Intervenção em Mulheres com Interrupção Terapêutica da Gravidez”, insere-se no âmbito do Relatório de Estágio, integrante do I Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora.

Segundo a Organização Mundial de Saúde a “Interrupção Terapêutica da Gravidez” (ITG) é a intervenção clínica que pode ocorrer antes de 20 – 22 semanas de gestação ou no caso de existência de um feto com peso fetal inferior a 500g (OMS, 1977). O sofrimento da mulher/casal pela perda do filho não depende unicamente do tempo de gestação, mas também do “grau de ligação afetiva ao bebé e do investimento colocado na gravidez” (Canavarro, 2001, p.259).

A nossa intervenção vai ser realizada no serviço de Ginecologia do Hospital do Barlavento Algarvio (HBA) tendo como finalidade atingir um elevado nível de qualidade nos cuidados prestados e bons resultados na satisfação das utentes sujeitas a Interrupção Terapêutica da gravidez. A equipa multidisciplinar do serviço deve ajudar/apoiar a mulher/casal que passam pela experiência da perda de um filho durante o seu internamento, de forma a satisfazer as suas necessidades, devido ao sofrimento psicológico ter um efeito negativo na sua recuperação. A intervenção tem como finalidade “garantir a sua adaptação, ajudar a restabelecer os habituais padrões de funcionamento individual e familiar, prevenir recaídas emocionais e facilitar a construção de alternativas de vida, encontrando novos significados e restabelecendo a sensação de controlo” (Canavarro, 2001, p.288).

Enquanto Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), e de acordo com o regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista OE (2011), devemos contribuir para implementação de intervenções de prevenção do sofrimento/dor destes casais, “o planeamento de programas de intervenção precoce que visem a educação do casal na adoção de comportamentos e atitudes adequadas ao desenvolvimento de respostas adaptativas ajudarão o casal a encontrar novos significados e retomar o controlo das suas vidas” (Sousa & Pereira, 2010, p.240).

A Saúde Materna e Obstetrícia (SMO) é geralmente entendida como uma área de promoção da saúde por excelência e a assistência em cuidados representa um grande desafio nos cuidados a mulheres sujeitas a ITG. De forma a adquirir/desenvolver as competências esperadas de um EESMO torna-se necessária a construção de um projeto que

facilite este processo pois “os modelos de formação para a competência visam ajudar, de forma integrada, cada sujeito em formação a desenvolver as suas capacidades criativas, de tomada de decisão, aprender a aprender e a refletir sobre as práticas” (Dias, 2006, p.17). A elaboração deste relatório tem como objetivo dar a conhecer como foram desenvolvidas na prática as atividades projetadas, de modo a que os objetivos delineados no projeto (Apêndice A) fossem alcançados, sendo estes:

Objetivo Geral:

- Melhorar as condições estruturais e relacionais no serviço de Ginecologia do HBA para mulheres sujeitas a ITG

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar a equipa para desenvolver conhecimentos e competências, não apenas ao nível do saber-saber mas também ao nível do saber-estar nas ITG;
- Sensibilizar a mulher/casal para apoio existente no serviço;
- Efetuar alterações na estrutura orgânica e física do Serviço de Ginecologia, no sentido de facilitar o seu internamento;
- Elaborar um protocolo de procedimentos, de forma a uniformizar os cuidados prestados a mulheres sujeitas a ITG.

Pretendemos com este relatório descrever as intervenções realizadas e sua análise sustentada nas evidências científicas de estudos realizados neste âmbito.

O relatório está estruturado de acordo com o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora, contemplando, nomeadamente: Introdução; Segundo capítulo: análise de contexto do estágio final com a caracterização do ambiente, dos recursos materiais e humanos, descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências; Terceiro capítulo: análise e caracterização da população/utentes, expondo-se os cuidados prestados à população e respetivas necessidades, referindo-se os estudos já efetuados mais relevantes para a temática e descrevendo-se os procedimentos adotados no recrutamento da população-alvo; Quarto capítulo: abordagem da análise reflexiva dos objetivos; Quinto capítulo: análise reflexiva sobre as intervenções; Sexto capítulo: análise reflexiva sobre os processos de avaliação e controlo; e, no Sétimo capítulo: análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e a adquiridas. Este relatório termina com a Conclusão e as referências bibliográficas. Os apêndices que estão devidamente citados ao longo do relatório.

O relatório desta intervenção é apresentado segundo as normas da American Psychological Association (APA, 2006) e a Ordem de serviço n.º 18/2010.

2-Análise do contexto

Enquanto Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia no Hospital do Barlavento Algarvio, no Serviço de Ginecologia, tenho como objetivo realizar uma intervenção nas utentes sujeitas à Interrupção Terapêutica da Gravidez, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados durante o internamento. Este serviço tem vindo ao longo dos anos a desempenhar um papel fundamental na área da Saúde Materna e Obstetrícia, no cuidar da mulher grávida internada até às 22 semanas de gestação e também na Interrupção Terapêutica da Gravidez.

A Unidade de Saúde de Portimão surgiu pela primeira vez no Século XVIII e posteriormente, em 1973, foi inaugurado o Hospital Distrital de Portimão. O Hospital Barlavento Algarvio foi construído a 15 de Julho de 1999, situado em Portimão, representado na figura 1, tendo como área de influência: Portimão, Silves, Monchique, Lagoa, Lagos, Vila do Bispo e Aljezur. Serve uma população de cerca de 130 000 habitantes, que triplica na época balnear. A lotação era de 159 camas (Hospital Distrital de Portimão) e passou para 271 camas com a abertura do novo Hospital do Barlavento Algarvio.



Figura 1 – Hospital do Barlavento Algarvio
(Fonte: dados do HBA)

A 31 de dezembro de 2005 ocorreu a alteração do Hospital do Barlavento Algarvio para o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE que integra a Unidade Hospitalar de Portimão e a Unidade Hospitalar de Lagos e pertence à Administração Regional de Saúde do Sul.

Dentro da vasta gama de serviços, o HBA dispõe de especialidades médicas e cirúrgicas tanto em regime de ambulatório como em regime de internamento, contemplando, no

alcançar dos objetivos da sua missão, os serviços clínicos de: Anatomia Patológica, Anestesiologia, Bloco Operatório, Cirurgia de Ambulatório, Cirurgia Geral, Gastrenterologia, Ginecologia, Obstetrícia e Bloco de Partos, Hospital de Dia, Medicina Geral, Medicina Física e Reabilitação, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologia, Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Cuidados Paliativos, Urgência de Adultos, Urgência Pediátrica e Urologia. O HBA tem como missão fundamental a prestação de cuidados de saúde integrados e diferenciados de elevada qualidade e acessíveis em tempo oportuno aos utentes da sua área de influência (os concelhos do Barlavento Algarvio). Há que frisar que este Centro Hospitalar constitui uma mais-valia na região visto que a sua criação permitiu um desenvolvimento ativo de complementaridade entre as unidades hospitalares da região.

No HBA, em 2007, foi criado o “Cantinho da Amamentação” e a implementação do “Projeto Nascer Cidadão”, com o objetivo de ser um projeto prioritário na defesa do bem-estar e crescimento saudável da criança e no desenvolvimento pleno da maternidade, salvaguardando sempre e apoiando de igual forma as mães que não possam amamentar ou em decisão informada e consciente decidam não o fazer. Em 2008 foi considerado o terceiro Hospital, em Portugal, a receber a distinção de “Hospital Amigo dos Bebés” que comporta todas as grávidas, puérperas, lactentes e suas famílias inscritas, residentes ou passantes na área de influência de Portimão. Os profissionais que dão apoio a este projeto são Conselheiras em Aleitamento Materno, disponíveis de segunda a sexta-feira no HBA.

2.1. Caracterização do ambiente de realização do estágio final

Bloco de Partos

A admissão da grávida é realizada no Bloco de Partos e pode ser feita de duas formas distintas: pelo encaminhamento da Urgência Geral, ou por marcação prévia do médico assistente que acompanhou e vigiou a mulher/grávida. A Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (2º piso) está em permanente articulação com a Urgência Geral de Adultos (1º piso), pelo que as mulheres que recorrem ao HBA por problemas ginecológicos ou obstétricos são transferidas para a Urgência do Bloco de Partos, após efetuarem a triagem

no serviço de Urgências. Assim, as grávidas/utentes são observadas pela equipa de Urgência do Bloco de Partos que é constituída por dois Obstetras e um Enfermeiro Especialista de SMO permanente durante 24 horas. Após a sua observação, se o médico decidir internar a utente, esta pode ficar no Serviço de Ginecologia ou de Obstetrícia, conforme o protocolo existente no HBA. Os serviços administrativos desencadeiam o processo de internamento que contém uma série de requisitos fundamentais, tais como a identificação completa da utente e o diagnóstico que, posteriormente é completado com a avaliação inicial efetuada pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia do Bloco de Partos.

Serviço de Ginecologia

O Serviço de Ginecologia encontra-se situado no 2º piso do HBA e a sua funcionalidade é prestar assistência à mulher/grávida de forma a melhorar a sua qualidade de vida e prestar todos os cuidados necessários durante o seu internamento. A unidade internamento de Ginecologia é também constituída pelas Consultas Externas de Ginecologia/Obstetrícia (piso 0).

As intervenções cirúrgicas mais frequentes neste serviço são: histerectomia total, anexotomia bilateral, laqueação tubária bilateral, salpingectomia, correção de prolapso urogenital, cirurgias corretivas de incontinência urinária, entre outras, que são programadas em todas as segundas e quintas-feiras no turno de manhã. Estas utentes são admitidas no dia anterior à cirurgia para realização de colheita de dados e preparação pré-operatória. Os exames de rotina pré-operatórios são: eletrocardiograma, análises sanguíneas (nos últimos 6 meses), Rx Tórax e consulta de anestesia pré-operatória (realizada na Consulta Externa). A preparação pré-operatória assume uma importância crucial, pois pode “reduzir a incidência de complicações pós-operatórias, permitindo consequentemente a redução da duração de internamento” (Bellman e Mauley, 2003, p.398).

As patologias mais frequentes no internamento durante a gravidez até às 22 semanas de gestação são: ameaça de aborto, hiperémese gravídica, Interrupção Terapêutica da Gravidez, entre outras.

Quanto ao funcionamento do Serviço de Ginecologia, as utentes são admitidas pela Urgência do Bloco de Partos ou pela Consulta Externa (com indicação médica) e habitualmente ficam internadas mais de 24 horas. No entanto, há outras situações em que a utente permanece no serviço por um período inferior de 24 horas, que são consideradas

as situações da Cirurgia de Ambulatório que necessitam de uma maior vigilância nas primeiras horas após a realização cirúrgica. É um serviço com bastante rotatividade visto que o tempo médio de internamento é de três dias para cirurgias vaginais, três dias nas situações de Interrupção Terapêutica da Gravidez e cinco dias para cirurgias abdominais.

A consulta externa de Ginecologia/Obstetrícia situa-se no piso 0, do lado direito da entrada principal do Hospital. O objetivo destas consultas é a prestação de cuidados do foro Ginecológico e Obstétrico nas diversas etapas da saúde da vida da mulher, desde o diagnóstico, o tratamento e posterior, se necessário o encaminhamento para o internamento do serviço de Ginecologia ou Obstetrícia.

2.2. Caracterização dos recursos humanos e materiais

Recursos humanos

O Serviço de Ginecologia do Hospital do Barlavento Algarvio funciona com uma equipa multidisciplinar constituída por diversos profissionais de diferentes áreas. Dos recursos humanos faz parte a equipa de Enfermagem, sendo constituída por dez enfermeiras: uma Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (Enfermeira Chefe) e nove Enfermeiras Generalistas (Apêndice B). A equipa de Assistentes Operacionais é composta por sete elementos.

A Enfermeira Chefe tem a responsabilidade de fazer a requisição/reposição do material necessário e da medicação em défice. O material de consumo clínico é fornecido pelo Serviço de Armazém do HBA, com reposição por níveis, efetuado todas as semanas, mediante requisição realizada pela Enfermeira Chefe (ou enfermeira que a substitui), feita no sistema informático do Hospital.

A metodologia de trabalho é o método individual, ou seja, o enfermeiro presta cuidados a utente de forma individualizada o que permite uma prestação de cuidados mais personalizados e uma diferente visão holística da utente. Esta metodologia promove uma prestação de cuidados mais organizados, promovendo a sistematização da informação obtida junto da doente e também dos seus familiares no instrumento de colheita de dados, permitindo assim planear de forma individualizada e formal os cuidados de enfermagem. Este processo traz vantagens para a prestação de cuidados de enfermagem, pelo

que permite um melhor conhecimento e acompanhamento da situação clínica das utentes.

A classificação das utentes efetua-se diariamente no turno da manhã (turno das 8h-16h), sendo por vezes um bom indicador de gestão de pessoal, embora possa ter algumas lacunas, nomeadamente a subvalorização de alguns itens e a inexistência de outros. A Enfermeira Chefe é responsável pela distribuição das utentes a cada enfermeira, segundo o sistema de classificação de doentes em enfermagem, o qual faz a classificação das utentes baseadas em níveis de dependência de cuidados de enfermagem, tendo a responsabilidade de prestar cuidados globais, de acordo com as necessidades individuais das utentes. No turno da Manhã (8h-16h) estão por norma duas Enfermeiras e a Enfermeira Chefe. No turno da Tarde (15:30-24h) são duas Enfermeiras nos dias das cirurgias programadas (segunda e quinta-feira) e nos restantes dias fica apenas uma enfermeira, devido ao número de enfermeiras não ser o suficiente no serviço. No turno da Noite (23:30-8:30) fica sempre uma Enfermeira responsável pela prestação de cuidados às utentes. No Serviço de Ginecologia a visita médica às utentes durante a semana é efetuada pelo seu médico assistente e no fim de semana é da responsabilidade do Médico Obstetra que está de serviço na Urgência do Bloco de Partos.

Como elementos da equipa multidisciplinar, os Enfermeiros estão em constante interação com outros profissionais, nomeadamente Assistentes Operacionais, Psicólogos, Nutricionistas, Técnicos do Serviço Social, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais, entre outros. A equipa Médica constituída por nove Médicos Obstetras e o Diretor do Serviço. A articulação entre os diferentes grupos profissionais que exercem funções no Serviço Ginecologia permite que, em conjunto, todos participem no processo de enquadramento e apoio à mulher/grávida durante o internamento.

Recursos materiais

Os recursos materiais são os instrumentos estruturais necessários ao funcionamento de um serviço. Assim sendo, a estrutura física do Serviço de Ginecologia, é constituída por:

- Quatro enfermarias, com um total de dez camas, havendo em cada enfermaria uma casa de banho com chuveiro;
- O gabinete de Enfermagem;

- O gabinete da Enfermeira Chefe;
- O gabinete Médico, encontra-se no Bloco de Partos, situado no mesmo piso que o serviço de Ginecologia;
- Uma sala de tratamentos;
- Uma copa;
- Uma casa de banho para funcionários;
- Um compartimento destinado à zona suja;
- Um refeitório localizado à saída do serviço para as utentes;
- O gabinete da secretária de piso.

A estrutura física do serviço caracteriza-se por um corredor central, sendo constituído por duas alas: a ala esquerda é composta pelo internamento propriamente dito, da qual fazem parte as quatro enfermarias. Na ala direita existe o gabinete da Chefe e o gabinete de Enfermagem, que é o local onde se encontram os processos clínicos das utentes, os protocolos do serviço, o quadro de identificação das utentes internadas, o material necessário para formar os processos clínicos, os documentos para as altas, folhetos informativos, o stock de medicação e onde se realizam as passagens de turno. É importante referir que existe no serviço um Carro de Urgência, que se encontra no corredor central, ao lado do gabinete da Enfermeira Chefe, para ser utilizado em situações de emergência. Ao sair do serviço de Ginecologia segue-se no lado esquerdo o gabinete da secretária do serviço de Ginecologia, onde estão por norma duas administrativas que tratam de todos os assuntos de ordem burocrática e administrativa. O acesso ao serviço pode ser feito através de três elevadores para os Funcionários e mais três elevadores para transporte dos utentes ou pelas escadas que encontram-se ao lado dos elevadores, que contém as saídas de emergência.

2.3. Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências

A gravidez é, para muitas sociedades, considerada um estado de graça em que a grávida vai criando e fortalecendo uma ligação afetiva com o feto. Assim, “a gravidez é considerada um período de desenvolvimento (...) que se caracteriza pela necessidade de resolver tarefas de desenvolvimento específicas e viver uma crise própria” (Canavarro, 2001, p.37). Quando a evolução da gravidez que previa a existência de um feto saudável e é diagnosticada uma anomalia materna ou fetal, a dificuldade em lidar com essa perda é

aumentada. A perda gestacional constitui um acontecimento potencialmente traumático, devido ao seu caráter normalmente inesperado e imprevisível (Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010). Perante um diagnóstico pré-natal positivo, a mulher/casal são confrontados com a decisão de interromper ou deixar prosseguir a gravidez. Esta decisão também pode estar relacionada com o significado que é dado à gravidez e à maternidade, aos aspetos éticos, religiosos e existenciais que envolvem a mulher/casal.

Para a decisão da Interrupção Terapêutica da Gravidez a grávida/casal é acompanhada pelo Médico Obstetra que vigiou a gravidez, tendo esta um período de reflexão para tomar a decisão. Posteriormente se decidir interromper a gravidez é assinado o consentimento (Apêndice C) para prosseguir com a interrupção. Após todo este processo a grávida é encaminhada para o internamento do Serviço de Ginecologia para proceder à ITG, sob a orientação médica. “O aborto terapêutico é definido como a interrupção médica ou cirúrgica da gravidez, antes das 24 semanas de gestação” (O’reilly, Bottomley, Rymer, 2008, p.204). As indicações para a Interrupção Terapêutica da Gravidez, segundo Bobak et al (1999), são:

- A preservação da vida ou da saúde da mãe;
- Evitar o nascimento de um descendente com patologia grave de desenvolvimento ou hereditária;
- A violação ou incesto.

A ITG não é punível em termos legais, está legislada no artigo 142º do código Penal, com a redação que lhe foi introduzida pelo Decreto-Lei n.º 16/2007 D.R –I Série-A N.º 75 -17 abril 2007, a qual refere que não é punível a interrupção da gravidez realizada por médico, sob a sua orientação, em estabelecimento de saúde oficial, com o consentimento da mulher grávida, quando:

- “Constituir o único meio de remover perigo de morte e grave e irreversível lesão para o corpo e para a saúde física e psíquica da mulher grávida”;
- “Houver motivos seguros para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, 1ªs 24 semanas de gravidez, excetuando-se as situações de fetos inviáveis”;
- “Gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual, nas 1ªs 16semanas”.

O método mais seguro de interromper uma gravidez é através da Indução do Trabalho de Parto, como refere Norwitz, Schorge (2001). O método terapêutico na ITG “consiste em provocar a expulsão do feto para fora do útero, dando assim origem a um aborto

(...), ou um parto prematuro (...) através da adoção de medidas farmacológicas que estimulam as contrações do útero e induzem o apagamento do colo uterino” (Pinto, 2005, p.57). O objetivo da indução do trabalho de parto é de promover o parto eutócico através da modificação do colo do útero e dilatação, permitindo que ocorram as contrações uterinas para desencadear a Interrupção Terapêutica da Gravidez. Compete ao Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia prestar cuidados à mulher durante a indução do parto e acompanhar/avaliar a parturiente no decorrer da Interrupção Terapêutica da Gravidez. No serviço de Ginecologia é admitida a grávida com idade gestacional inferior ou igual a 22 semanas, segundo o protocolo N.º 3/BP-O-G-N de 30/11/2000 do HBA (Apêndice D).

A administração de terapêutica constitui a interseção entre o plano global dos cuidados de enfermagem e o tratamento médico, constituindo uma das responsabilidades mais importantes para a enfermagem. Para se induzir a ITG são utilizados métodos farmacológicos como prostaglandinas, por via intravenosa, via oral ou via vaginal. A terapêutica mais frequente para a ITG no serviço de Ginecologia HBA é a administração de Nalador por via endovenosa e a colocação de Misoprostol por via vaginal, segundo indicação do Médico Obstetra de serviço. O medicamento Nalador endovenoso pertence ao grupo das Prostaglandinas e é utilizado na Indução Terapêutica da Gravidez. O Nalador deve ser administrado de acordo com a indicação médica e se for por via endovenosa deve ficar em monitorização contínua por bomba infusora. Os efeitos secundários mais frequentes podem ser náuseas, vômitos, hipotensão, febre, sonolência, cefaleias, entre outras.

O Misoprostol é um éter metílico da prostaglandina E1 (PGE1) com propriedades de cicatrização de úlceras e propriedades protetoras da mucosa gástrica. Atua a nível do músculo liso uterino promovendo a dilatação cervical ao mesmo tempo que aumenta o cálcio intracelular provocando contrações uterinas. É um análogo sintético da prostaglandina, que também pode ser utilizado na ITG que potencia as contrações uterinas e contribui para expulsar o feto. Este tipo de intervenções têm como objetivo estimular as contrações uterinas que conduzam à dilatação completa do colo e congruentemente a expulsão do feto (Campos & Montenegro, 2005). No entanto, após a administração do Misoprostol podem ocorrer como efeitos secundários: hipertermia, perdas sanguíneas vaginais em quantidade moderada, fortes dores abdominais, entre outras.

No decorrer da ITG a parturiente pode manifestar dores devido às contrações uterinas e uma das funções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia é ajudar as mulheres a controlar a dor, mobilizando os seus conhecimentos e saber agir responsável,

com recursos e habilidades em contexto de trabalho. O controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos utentes e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados nos serviços de saúde (DGS, 2003). Neste tipo de situações, na ITG, não se realiza a Anestesia Epidural no Serviço de Ginecologia do HBA, por um lado devido à falta de médicos Anestesistas no hospital e por outro, por não ser prática nestas situações, não havendo na literatura consultada referência à utilização de analgesia epidural em situações de ITG.

De acordo com o protocolo do serviço do Bloco de Partos, a Anestesia Epidural só deve ser realizada quando a mulher entra em fase ativa do trabalho de parto. A anestesia aplicada na fase latente conduz a um prolongamento do trabalho de parto, enquanto na fase ativa há pouca ou nenhuma interferência, como refere Brazão (2005). Neste protocolo, como já foi referido não se verifica nenhuma descrição em situações de ITG. A Anestesia Epidural realizada no Bloco de Partos é efetuada entre as 8 horas e as 24 horas, não sendo realizada no turno da Noite às parturientes internadas no Bloco de Partos do HBA. As vantagens da Analgesia Epidural consistem em diminuir a dor associada às contrações duradouras e frequentes do trabalho de parto; promover uma colaboração mais efetiva da parturiente; evitar a aplicação de anestesia local a nível do períneo se for necessário realizar uma episiotomia e episiorrafia e ajudar a manipulação em partos instrumentais (Graça, 2000).

O puerpério é o período que se inicia após a dequitação e termina seis semanas após o parto e consiste na recuperação das modificações físicas, locais e sistémicas, provocadas pela gravidez e parto (Zugaib, 2008 e Graça, 2010). A puérpera permanece as duas primeiras horas após a expulsão em repouso no leito. Entre as duas a quatro horas “pós-parto” é incentivada a puérpera efetuar o esvaziamento vesical, verifica-se o Globo de Segurança de Pinard, avaliação dos lóquios quanto ao cheiro, cor e quantidade, avaliação dos sinais vitais, avaliação do períneo e manutenção dos cuidados de higiene e conforto. Se o grupo sanguíneo da puérpera for Rh negativo é necessário administrar Imunoglobulina anti-Rh após a expulsão do feto. Este facto é de vital importância, porque “quando a paciente for Rh negativa e não tiver anticorpos Rh, deve ser administrado profilaticamente a gamaglobulina anti-D, para evitar a sensibilização” (Hacker e Moore, 1994, p.290).

Como EESMO estamos tradicionalmente mais vocacionados para cuidar da grávida, com uma gravidez bem-sucedida, e não para lidar com situações de perda e de morte fetal. É importante que o profissional de saúde saiba a melhor forma de desempenhar as

suas funções e prestar apoio neste tipo de situações, pois “todas as situações de cuidados implicam ajudar a viver” (Collière, 1999, p.27). Devido a não existir Enfermeiras Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia presente em todos os turnos no serviço de Ginecologia, o serviço têm em protocolo chamar uma EESMO ou Médico Obstetra do Bloco de Partos sempre que necessário. Este caso acontece, devido a falta de Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia no HBA, não sendo ainda possível ter um especialista SMO por turno no serviço de Ginecologia e no serviço de Obstetrícia do mesmo hospital.

Ao refletirmos sobre a prática dos Enfermeiros envolvidos no processo de ITG, tem-se a percepção de que no processo de cuidar, há que lidar com o sofrimento da mulher/casal, tendo em conta as suas vivências, traços culturais e conjuntos de valores.

3. Análise da população/utentes

A população pode ser definida por um conjunto de elementos abrangidos pela mesma definição, com uma ou mais características em comum (Carmo e Ferreira, 1998), também Fortin (1999, p.202) nos diz que “uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”.

3.1. Caracterização geral da população/utentes

Definido o tipo de estudo que realizámos, impunha-se seleccionar a população-alvo do mesmo. A população-alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente, de acordo com Fortin (1999).

Sendo assim, a população do nosso estudo é constituída pela:

- **População-alvo A** - As mulheres sujeitas a Interrupção Terapêutica da Gravidez no Serviço de Ginecologia no HBA;
- **População-alvo B** - Os Profissionais de Saúde do HBA que exercem funções no Serviço de Ginecologia.

Mais especificamente, a **população-alvo A** são as mulheres que vão efetuar a ITG no Serviço de Ginecologia, e o principal objetivo é saber quais as suas necessidades no processo da ITG para atuar em função delas. Assim sendo, a população-alvo A será a beneficiada do nosso estudo o qual será aplicado no Serviço de Ginecologia. Neste contexto é fundamental entrevistar mulheres que estiveram internadas no Serviço Ginecologia HBA, para esta intervenção, de forma a obter todas as informações necessárias para identificar os problemas e agir sobre eles. É importante saber quais foram os seus sentimentos, as suas dificuldades durante o seu internamento para aplicar as intervenções no nosso estudo, de forma a melhorar os cuidados a futuras mulheres que sejam sujeitas a ITG.

Sendo assim, a população-alvo A é constituída por mulheres em idade fértil, na faixa etária entre os 24 e os 39 anos. É importante referir que a grávida apresenta particularidades muito específicas ao nível das alterações físicas e adaptações psicológicas durante a gravidez. A complexidade da gravidez acaba por estar correlacionada com a ambivalência de sentimentos e emoções que aquela pode gerar. Estas mulheres, ao serem con-

frontadas com este tipo de situações, desenvolvem sentimentos de tristeza, raiva, culpa, solidão e choque. A mulher pode sentir-se sozinha e despojada e é frequente ficar agitada e com crises de choro durante o seu internamento. Todas estas manifestações se enquadram no sofrimento motivado pela perda, por isso é fundamental ter estratégias definidas no Serviço de Ginecologia do HBA para ajudar estas mulheres/casais.

Os Profissionais de Saúde, **população-alvo B**, serão os promotores dos benefícios a aplicar na população-alvo A. Cientes das dúvidas e medos que surgem durante o processo de ITG, os Enfermeiros do Serviço de Ginecologia devem no momento da admissão na enfermaria apoiar estas mulheres/casais. A forma como são acolhidas no internamento pode influenciar a sua integração e tranquilidade, o que poderá ser fundamental para se estabelecer um clima de confiança com os profissionais de saúde.

A atuação do enfermeiro ESMO assenta em três vertentes fundamentais:

- Acolhimento – É um elemento importante para um cuidado humanizado. A garantia da confidencialidade e privacidade diminui o medo da crítica, facilita o acesso e promove a qualidade dos cuidados;
- Informação e orientação sobre os procedimentos – A transmissão de informação prestada deve ser clara e pertinente sobre todo o processo de ITG, tendo em conta a personalidade e grau de instrução da mulher;
- Apoio emocional – O enfermeiro promove uma relação de ajuda, que promove a escuta ativa e a empatia, de modo a permitir a partilha de sentimentos e emoções. Além disso, desenvolve competências que lhe permitam identificar as situações que necessitem da colaboração de outros profissionais de saúde, neste caso o apoio emocional da Psicóloga do HBA.

A equipa de Enfermagem deve relacionar-se com a mulher/casal como um ser holístico, atendendo às características biológicas, cognitivas, emocionais, sociais e espirituais e perceber que quando uma destas características se encontra alterada e o comportamento da mulher pode não ser o esperado. A profissão de enfermagem sofreu profundas alterações ao longo dos tempos, visando a autonomia e uma busca constante pela excelência dos cuidados, sendo que atualmente onde as opções políticas, a entidade reguladora da profissão, Ordem dos Enfermeiros (OE) e a própria sociedade exigem cada vez mais qualidade nos cuidados de enfermagem aos utentes.

A pertinência do nosso estudo vai ao encontro no que diz Carvalho (2000), numa época em que tanto se valoriza o papel da mulher na nossa sociedade, julgo pertinente questionar até que ponto os profissionais de saúde estão atentos às alterações psicoemocionais

da mulher grávida, em detrimento dos aspetos físicos, os quais foram ensinados a sobrevalorizar ao longo dos anos. A equipa de enfermagem deve dar maior importância aos aspetos ligados ao estabelecimento e de uma relação de confiança com o casal durante o seu internamento, no sentido de permitir a este se sinta à vontade para falar sobre os seus receios e ansiedades.

3.2. Cuidados e necessidades específicas da população-alvo

Conhecer e compreender o fenómeno da vivência do ser humano, através do relato das suas experiências, estudos e bibliografia, contribui para o enriquecimento do Enfermeiro e da Enfermagem como ciência.

De acordo com o nosso estudo considerámos que o instrumento que melhor dá resposta aos nossos objetivos é a realização da entrevista, sendo o mais indicado para as características da população-alvo A. A entrevista elaborada foi do tipo estruturado, porque contém questões abertas em que o sujeito é submetido a responder. A recolha de dados foi efetuada no Serviço de Ginecologia do HBA através do processo clínico da utente que se encontra informatizado e pela realização das entrevistas às utentes. Atualmente, o processo de enfermagem do HBA, utiliza uma linguagem própria da taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), embora se reconheça o modelo de atividades de vida, de Roper, Logan e Tierney como base da prestação de cuidados de enfermagem.

O processo de enfermagem define-se “como um instrumental tecnológico ou um modelo metodológico para o cuidado profissional de enfermagem. Descreve-se a evolução do conceito e como o processo de enfermagem avançou, da ênfase inicial na identificação e resolução de problemas para o esforço de identificação e classificação de diagnósticos de enfermagem e, mais atualmente, para a especificação e verificação, na prática, de resultados do paciente que sejam sensíveis às intervenções de enfermagem (...)” (Garcia e Nobrega, 2009, p.23).

Um dos momentos mais significativos deste relatório foi a realização das entrevistas à população-alvo A, as mulheres que foram sujeitas a Interrupção Terapêutica da Gravidez no serviço de Ginecologia do HBA durante o ano de 2012. Do processo de internamento foram retirados: o nome da utente, a idade, ao estado civil, o diagnóstico e as semanas de gestação. Em relação às habilitações literárias, índice obstétrico e o tipo de

apoio que tiveram durante o internamento e foram solicitados na entrevista realizada para efetuar o levantamento dos dados. Neste levantamento de dados foram entrevistadas cinco utentes que estiveram internadas no Serviço de Ginecologia para a indução da ITG. Estas entrevistas foram realizadas às mulheres após a sua alta, para identificar quais as suas necessidades durante o internamento e após a sua alta, com o intuito de intervir sobre elas no nosso estudo para futuras ITG no serviço de forma a melhorar o seu apoio e seguimento.

Passamos de seguida à caracterização da população-alvo A. A idade das entrevistadas é fundamental para o nosso estudo e esta encontra-se compreendida entre 24 e os 39 anos, segundo a tabela número (n.º) 1.

Idade das entrevistadas	N.º de entrevistadas
24	2
29	1
33	1
39	1

Tabela n.º 1 – Distribuição das entrevistadas segundo a idade

Foi importante entrevistar as mulheres com estas diferenças de idade para comparar o seu estado emocional ao tomar a decisão da ITG. Verificamos no nosso estudo, que a idade pode ser um dos fatores que condiciona as alterações a nível psicológico da mulher. Aparentemente a mulher de 39 idade ficou emocionalmente mais perturbada com a Interrupção Terapêutica da Gravidez do que as duas mulheres mais novas.

Relativamente ao estado civil das entrevistadas, podemos verificar na tabela n.º 2 que duas são casadas, duas são solteiras e a outra vive em união de facto. Após realizar as entrevistas, podemos referir que as mulheres solteiras sentiram mais ansiedade e medo ao tomar a decisão da ITG, o que vai de acordo com Carvalho (2000) que nos diz que a ansiedade resultante dos medos é mais elevada nas grávidas solteiras relativamente às casadas. Devido a esta teoria foi fundamental questionar as entrevistadas relativamente ao seu estado civil. As mulheres solteiras referiram ansiedade ao saber da gravidez, devido pressões sociais, familiares e até económicas. De acordo com Pimenta et al (1988) citado no estudo de Carvalho (2000), o nível de ansiedade da grávida durante a gestação

tende a elevar-se quando não houve um adequado planeamento da gravidez atual por parte da própria ou mesmo pela família.

Estado Civil das entrevistadas	N.º de entrevistadas
Casada	2
União de facto	1
Solteira	2

Tabela n.º 2 – Estado Civil das entrevistadas

As duas mulheres casadas e a que vive em união de facto referiram que o apoio do companheiro foi importante para tomar a decisão da ITG, “O papel do pai é muitas vezes definido como o de apoio à mulher, uma função extraordinariamente importante (...) a experiência que o homem tem da gravidez não é despoletada por alterações hormonais ou corporais, mas a sua transformação pessoal e social pode ser tão grande quanto a da sua companheira” (Colman e Colman, 1994, p.121). Os autores atrás referidos dizem-nos que “há trinta anos atrás, quando começamos a estudar a gravidez, a cultura popular assumia que o futuro do pai desempenhava um papel marginal e de esforço durante a gravidez”. Hoje em dia, os casais estão a ficar mais conscientes da importante transição que vai ocorrer nas suas vidas e procuram ter a própria experiência pessoal. No gráfico n.º 1 podemos verificar a situação profissional das entrevistadas, sendo também um fator importante relacionado com a ansiedade. Podemos constatar que três mulheres estavam empregadas e duas estavam desempregadas.



Gráfico n.º 1 – Situação Profissional das entrevistadas

Esta análise da situação profissional das mulheres, é importante para o nosso estudo para concluirmos que as mulheres desempregadas apresentam um nível de ansiedade superior do que as mulheres que estão empregadas. Segundo Cordeiro (1986), as grávidas desempregadas apresentam um nível de ansiedade ligeiramente superior relativamente às que se encontram empregadas.

A mulher antigamente tinha um papel diferente na sociedade do que atualmente, “para os povos da Antiguidade, a mulher não era vista com respeito e consideração, mas apenas como responsável pela reprodução do grupo. Havia uma submissão do destino feminino às condições da mortalidade e da fecundidade” (Pocinho, 1999, p.30).

No século XIX “assinala-se o nascimento do “feminino”, palavra emblemática que designa importantes mudanças estruturais: trabalho assalariado, autonomia do indivíduo civil, direito à instrução e as raparigas conquistam o direito à herança. (...) A mulher parte cheia de vigor à conquista do seu estatuto de indivíduo de corpo inteiro, certa do seu valor e do lugar que deve ocupar na sociedade” (Pocinho, 1999, p.41).

No século XX é que “finalmente as mulheres foram reconhecidas pelo seu valor e trabalho” (Pocinho, 1999, p.44). A mulher teve uma evolução na sua opção pela profissionalização e no seu sucesso social e económico em contraposição à maternidade. As mulheres passaram a ser mais participativas no orçamento familiar, o que resultou em uma sobrecarga e em um desempenho de funções, visto que continuaram com a principal responsabilidade de cuidar dos filhos.

Na população-alvo A, verificamos no gráfico n.º 2 que em relação a Gravidez Planeada, três das gravidezes foram planeadas e duas não foram planeadas. No entanto, consideramos importante referir que apesar das divergências em relação ao planeamento da gravidez, todas as gravidezes foram de uma maneira geral aceites pelas grávidas /casais.



Gráfico n.º 2 – Questão: A Gravidez foi Planeada?

O grau de envolvimento da mulher/casal depende de vários fatores como a personalidade, crenças, experiências anteriores ou o facto de a gravidez ter sido planeada, “o desejo de engravidar constitui a realização de um profundo desejo da mulher psicossocialmente amadurecida. As motivações para a mulher engravidar vão desde o desejo de formar um lar feliz, perpetuar o apelido, exprimir o amor do marido, realizar um dever social” (Cordeiro, 2002, p.115).

Assistimos nos últimos anos à valorização crescente de uma visão holística do ser humano a qual leva à análise e integração dos diferentes sistemas em que o mesmo vive e se desenvolve (Conde e Figueiredo, 2003, p.197). Assim, a perspetiva médica, privilegiada nas investigações iniciais em torno da gravidez, dá lugar à perspetiva bio-psico-social, para além de ter em consideração os determinantes biológicos, confere igual importância aos fatores psicológicos, sociais e culturais, procurando compreender o Homem, o seu comportamento e desenvolvimento em toda a sua globalidade.

Relativamente à idade gestacional, representada na tabela n.º 3, podemos salientar que na nossa amostra as grávidas tinham entre as 16 e as 22 semanas de gestação, sendo que “O segundo trimestre é o mais estável da gravidez do ponto de vista psicológico, o seu elemento dominante é o início dos movimentos fetais a partir do qual a comunicação feto - mãe se torna fisicamente perceptível. A mãe passa a sentir-se fortemente investida pelo feto que, através dos seus movimentos, comunica com ela o seu bem ou mal-estar. A grávida pode sentir estes movimentos fetais como uma agressão, imaginar que a criança se sente presa e deseja sair do útero (...)” (Cordeiro, 2002, p.120).

Idade Gestacional	N.º de entrevistadas
16 Semanas	1
19 Semanas	1
20 Semanas	1
22 Semanas	2

Tabela n.º 3 – Distribuição das entrevistadas segundo a Idade Gestacional

O diagnóstico de malformação fetal ocorre normalmente no segundo trimestre de gravidez, numa altura em que a vinculação afetiva entre a mulher/casal e feto já está mais

forte, com a percepção dos movimentos fetais, escolha de nome e realização de planos para o futuro, o que poderá tornar este processo ainda mais complicado.

Ao analisar o gráfico n.º 3, podemos concluir que o “motivo da Interrupção Terapêutica da Gravidez” foi devido a malformação fetal em quatro grávidas e em outra grávida foi devido a morte fetal.

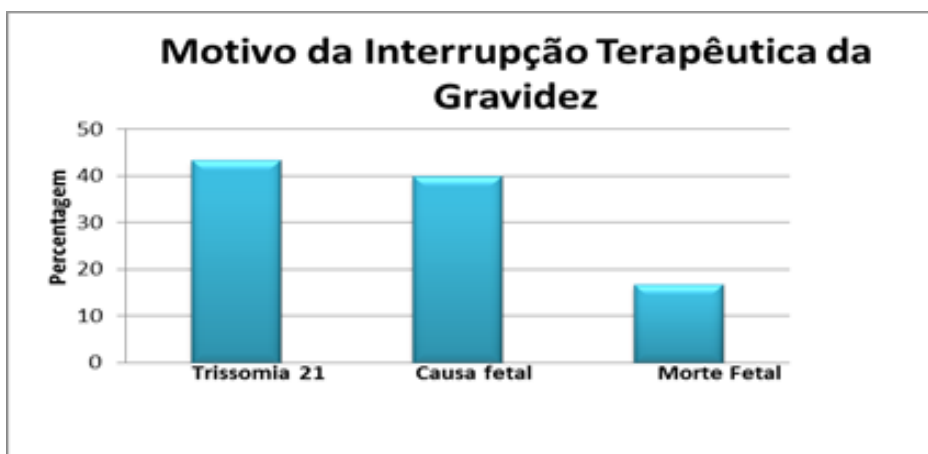


Gráfico n.º 3 - Motivo da Interrupção Terapêutica da Gravidez

A maior incidência da ITG é de causa fetal, segundo a análise do gráfico acima representando, no serviço de Ginecologia no ano 2012, sendo em maior percentagem a Trissomia 21, seguida de causa fetal que foi de origem Anencefalia e Hidrocefalia (defeitos do tubo neural).

Os programas de rastreio estão focalizados nas cromossopatias mais frequentes, como por exemplo, a síndrome de Down (trissomia 21). A idade da mulher é um fator de risco para a síndrome de Down, o risco de um bebé duma mulher de 20 anos é de 1 para 500, enquanto aos 40 anos é de 1 para 50. “A idade paternal não tem qualquer efeito na anomalia cromossômica fetal.” Também a ecografia e os testes bioquímicos detetam muitas vezes outras anomalias cromossômicas e estruturais no feto, “o diagnóstico pré-natal refere-se ao diagnóstico de anomalias fetais *in útero*” (O’reilly, Bottomley, Rymer, 2008, p.226).

No primeiro trimestre, entre as 11 e as 14 semanas de gestação é realizada a primeira ecografia designada o “teste de translucência da nuca”, nesta fase o feto tem um comprimento crânio-caudal entre 45 e 84 mm. É efetuado pelo médico Obstetra “a medição da espessura da prega da pele sobre a região posterior do pescoço do feto, a dimensão

do feto e em associação com a idade da mãe e da gestação é estimado o risco de síndrome de Down. Um risco mais elevado de síndrome de Down está associado a uma elevada translucência da nuca”. A translucência da nuca elevada pode ser detetada noutras anomalias cromossómicas, como a trissomia 18, 13 e síndrome de Turner. “No segundo trimestre, podem ser identificados marcadores ecográficos específicos, para a síndrome de Down, como a braquicefalia, ventriculomegália cerebral, defeito do septo interauricular, (...)” (O’reilly, Bottomley, Rymer, 2008, p.227).

Apenas numa das grávidas entrevistadas, a causa da ITG foi devido a morte fetal. Esta causa pode ser de natureza fetal (25 a 40%), placentar (25 a 35%), por causas maternas (5 a 10%), e por causas inexplicáveis (25 a 35%). Na malformação fetal pode ocorrer por anomalias cromossómicas, defeitos não cromossomáticos na origem do feto e infeções. As causas placentares podem ocorrer devido a abrupção da placenta, hemorragia materno-fetal, acidente do cordão, insuficiência placentar e placenta prévia. As causas maternas podem ser: a diabetes, a hipertensão, fatores traumático, fatores laboratoriais anormais, sépsis, acidose, hipoxia e ingestão de drogas, segundo Graça (2000).

Verifica-se pela análise do gráfico n.º 4, que quando se colocou a questão “Teve dificuldade em decidir a ITG?”, duas das participantes referiram que tiveram dúvidas e receio ao tomar a decisão de interromper a gravidez e três das participantes não tiveram dúvidas na sua decisão.

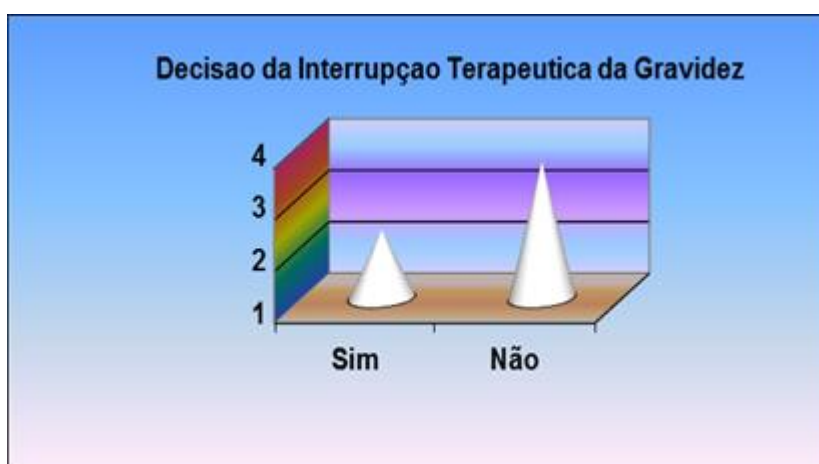


Gráfico n.º 4 – Questão: “Teve dificuldade em decidir a ITG?”

A decisão da Interrupção Terapêutica da Gravidez gera uma crise de dúvidas e emoções envolvidos na gravidez, Maldonado (1985) define-a como um período temporário de desorganização do funcionamento de um sistema aberto, onde as circunstâncias externas

ultrapassam as capacidades desse sistema, desenvolvendo uma crise. Esta apresenta, porém, algumas particularidades na vida da mulher, como a perda da singularidade e o surgimento de uma relação simbiótica com o feto, a requerer novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e reintegração da personalidade, o que nem sempre é atingido. Nestes casos de Interrupção Terapêutica da Gravidez, o sofrimento vai alterar o estado de alegria a que uma gravidez normalmente conduz, convertendo a felicidade em sentimentos negativos e emoções como choque e tristeza.

Em relação ao apoio emocional prestado a estas mulheres/casais, podemos verificar no gráfico n.º 5, que foi referido por quatro utentes que tiveram pouco apoio durante do internamento. Apenas uma referiu que teve apoio pela equipa do serviço de Ginecologia.



Gráfico n.º 5 – Apoio emocional na ITG

Ao analisar as entrevistas, verificou-se que existem diversos sentimentos/emoções referidos pelas participantes, como por exemplo, a negação, sentimento de culpa, desespero e tristeza. De uma maneira geral, as mulheres consideraram que a equipa multidisciplinar que “acham tudo normal” (E1, E2) e que “havia pouca disponibilidade por parte dos enfermeiros e médicos” (E3, E5). Muitas vezes a mulher acha difícil “obter informações com os profissionais de saúde” porque estes estão sempre “com pressa” e com um ar de muito “ocupado” (Kitzinger, 1978, p.31). A mulher sujeita a ITG pode sentir vontade de falar sobre as suas preocupações e medos com os profissionais de saúde, mas “se não for encorajada a partilhar, uma grávida pode ficar em silêncio” (Colman e Colman, 1994, p.41).

A maioria das mulheres internadas estão sob grande ansiedade, devendo o EESMO estar atento à relação que estabelece com estes casais, desenvolvendo com eles uma relação

empática de forma a tranquilizá-los e desmistificar alguns medos e receios, como refere Graça (2010). O primeiro contacto e a forma como a enfermeira ou outro profissional de saúde comunica com a mulher podem ser condicionantes para uma experiência menos dolorosa, (Lowdermilk & Perry, 2006). Um acolhimento com qualidade transmite à utente um sentimento de segurança e tranquilidade, pois esta fica mais à vontade para colocar questões e esclarecer dúvidas que a possam estar a inquietar. É importante relacionar o nível de ansiedade e medos destes casais tendo em conta a sua idade, estado civil, nível de formação, fatores psicológicos, fatores obstétricos, entre outros.

O facto de o número de horas de internamento ser reduzido no serviço Ginecologia HBA, pode não haver o apoio fundamental que estas mulheres/casais necessitam. Cabe-nos a nós enfermeiros ESMO definir estratégias de forma a identificar estas necessidades de apoio, ensino e aconselhamento, próprios desta etapa da vida da mulher/casal e se necessário fazer encaminhamento durante o seu internamento.

Também é importante analisar o nível de ansiedade com o Índice Obstétrico, ou seja, saber das cinco utentes entrevistadas se já viveram gravidezes anterior (ou aborto) ou se é a primeira gravidez. Ao analisar a tabela n.º4 podemos verificar que três das entrevistadas estavam na primeira gravidez e que terminou em ITG por malformação fetal, apresentando um nível de ansiedade muito elevado devido ao facto de ser tudo desconhecido relativo com a gravidez e ITG. As outras duas entrevistadas encontravam-se na segunda gravidez, já tinham vivenciado uma gravidez anterior que correu dentro da normalidade, e nesta gravidez uma delas teve malformação fetal e a outra morte fetal, onde o nível de ansiedade estava bastante presente devido a perda de um filho desejado.

Índice Obstétrico	Número das entrevistadas
1ª Gravidez	3
2ª Gravidez	2

Tabela n.º 4 - Índice Obstétrico das entrevistadas

A maioria (80%) das entrevistadas referiu que no internamento “tiveram pouca privacidade” (E2, E4, E5), devido a existir mais utentes na mesma enfermaria. Esta opinião surge num contexto em que há uma grande rotatividade de doentes no serviço, o que implica não serem concedidos a estas mulheres a privacidade necessária, uma vez que ficam uma enfermaria com três camas, por vezes num ambiente pouco tranquilizador.

Após a análise das entrevistas, foi realizada uma formação em serviço à população-alvo B, de forma a demonstrar o resultado das mesmas e a verificar qual a melhor forma para a prestação de cuidados e apoio a estas utentes/casais.

3.3. Estudos sobre programas de intervenção com a população-alvo

Relativamente a estudos sobre este tipo de intervenção, não são conhecidos trabalhos sobre programas de intervenção em unidades hospitalares sobre a malformação/morte fetal e o apoio existente a estas mulheres submetidas a Interrupção Terapêutica da Gravidez. Existem estudos sobre a experiência materna submetida a ITG, os quais são bastante importantes para o conhecimento do fenómeno, que são apresentados ao longo do relatório.

Uma dificuldade identificada na elaboração deste estudo foi a escassez de bibliografia específica sobre a questão da Interrupção Terapêutica da Gravidez e cuidados de Enfermagem. Existem muitos estudos e bibliografia relacionados com a Interrupção Voluntária da Gravidez, mas uma lacuna quando o motivo é clínico. Esta dificuldade é também um fator motivador, pois deverá fomentar um maior investimento na exploração nesta área.

Para a pesquisa e realização desta intervenção foram definidos algumas palavras-chave como: as causas da Interrupção Terapêutica da Gravidez, os sentimentos e emoções destas mulheres/casais, o tipo de apoio que tiveram no processo da ITG, o cuidados prestados em enfermagem. Com a elaboração deste estudo pretende-se a melhoria da qualidade dos cuidados e do apoio emocional à mulher/casal, com os objetivos de minorar o sofrimento destes e contribuir para dar maior visibilidade à Enfermagem, no quadro da problemática da ITG. Enquanto EESMO temos uma responsabilidade acrescida de melhorar os procedimentos de forma a proporcionarmos cuidados especializados e de excelência, utilizando a revisão da literatura com o intuito de dar um maior contributo à prática, baseando-nos na reflexão e evidência.

Nas últimas décadas do século XX, com os avanços tecnológicos, surgiu um conhecimento mais amplo da vida intrauterina, permitindo o mesmo detetar anomalias do desenvolvimento do feto na gravidez, de acordo com o n.º 3 do Artigo 142 do Código Penal. “O Diagnóstico Pré-Natal (DPN) constitui uma espada de dois gumes ao tornar possível o diagnóstico de saúde do feto, in útero, colocando os progenitores perante

decisões que serão para alguns as mais difíceis da sua vida” Sthatam (1992), citado por (Sousa & Pereira, 2010, p.229).

A ansiedade e o sofrimento enquadram um fenómeno complexo, pessoal e intransmissível, o qual tem sido alvo de estudo nas últimas décadas em diversos países, através de trabalhos de investigação que procuraram perceber os fatores físicos, psicológicos e sociais da dor. Reis e Patrício (2005), mencionados por Frias (2009, p.111) referem que vários fatores podem contribuir para a ansiedade e sofrimento da mulher/casal como “a tensão, o medo, a solidão, o *stress*, o cansaço, o desconhecimento da situação e o ambiente hospitalar”, e mencionam ainda que a falta de informação sobre a Interrupção Terapêutica da Gravidez aumenta a ansiedade da mulher, aumentando a dor sentida durante o seu internamento. Nestas situações, a primeira tarefa do profissional de Enfermagem passa por proceder a uma avaliação cuidadosa dos fatores, acima referidos, que podem influenciar a reação emocional à perda e da fase em que se encontra cada membro da família. “Uma avaliação cuidada conduz sempre à obtenção de uma base para identificar potenciais riscos, desenvolver critérios para os resultados esperados, planear os cuidados e intervir” (Bobak, 1999, p.90).

Ao ser interrompida uma gravidez, é acrescentada a culpa aos sentimentos com que a mulher/casal terá de se debater durante o processo de luto, independentemente das circunstâncias em que aquela decorreu. Esta opção pode provocar traumatismos psicológicos ou deixar sequelas, as consequências dos quais dependerão dos mecanismos de defesa e superação de que dispõe cada indivíduo.

O luto após a perda fetal é normal e saudável, sendo necessária a sua realização para manter o equilíbrio psicológico do indivíduo, “o processo de luto é um trabalho pessoal de adaptação à perda, envolve sentimentos muito profundos e dolorosos, mas que são essenciais experienciar para superar a perda através do recurso a mecanismos intrínsecos a cada pessoa” (Stern & Stern, 2000, p.271).

No que se refere ao processo de luto, propriamente dito, Bowlby (1980) citado por Rolim e Canavarro (2001), organizou-o em 4 fases:

1. Fase do protesto – uma etapa marcada pela preocupação constante com o feto perdido e desejo de o encontrar;
2. Fase de desespero e de desorganização – a constatação de que o feto não vai regressar;
3. Fase de torpor – a dificuldade em acreditar na realidade e aceitar a perda;

4. Fase de reorganização - a aceitação da perda, com reajuste à realidade e retoma das atividades habituais.

Contudo, no presente trabalho optou-se por sintetizar as fases do processo de luto segundo a proposta de Weiner, segundo Batista et al (2010):

1. Fase de choque e negação: que ocorre imediatamente após a perda, dura aproximadamente catorze dias e caracteriza-se por sentimentos de perda, apatia, falta de apetite, insónias, náuseas, inquietações e desconforto geral;
2. Fase de desespero e expressão da dor: surge cerca de duas semanas após a perda e pode durar entre seis a oito meses. Há a tomada de consciência por parte da mulher/casal do ocorrido, com a acentuação dos sintomas depressivos, de raiva e de culpabilização;
3. Fase de resolução e organização: manifesta-se pelo interesse da vida, do trabalho, das relações pessoais, aceitando da perda fetal e atenuação dos sintomas depressivos.

3.4. Recrutamento da população-alvo

Para elaboração deste estudo e no recrutamento da população-alvo é fundamental selecionar pessoas que estejam a viver ou que tenham vivenciado o mesmo tipo de situações. Como base para o nosso estudo foram fundamentais dois critérios de inclusão, segundo Martinez (1989).

A **população-alvo A** é constituída por:

- Mulheres submetidas a ITG no serviço de Ginecologia do HBA, por morte fetal ou malformação fetal;
- Mulheres em idade gestacional superior as 12 semanas.

A **população-alvo B** é composta por:

- Equipa multidisciplinar no serviço de Ginecologia;

4. Análise reflexiva sobre os objetivos

4.1. Objetivos de intervenção profissional

Para que os objetivos pudessem ser concretizados, foi necessário proceder a uma pesquisa bibliográfica, sendo esta fundamental para o nosso estudo.

Os objetivos de intervenção profissional, para a população-alvo B são:

- Sensibilizar a equipa de Enfermagem do serviço de Ginecologia do Hospitalar do Barlavento Algarvio para a problemática existente na ITG;
- Realizar Formação em Serviço junto de equipa multidisciplinar, com o objetivo de melhorar o acolhimento/internamento e apoio a mulheres sujeitas a ITG;
- Realizar um Protocolo de Procedimento para a Interrupção Terapêutica da Gravidez e aplicá-lo no serviço, no sentido de melhorar os cuidados a estes utentes;
- Efetuar a articulação com a Psicóloga do HBA com o Serviço de Ginecologia para dar o apoio essencial sempre que a mulher/casal necessite durante o internamento e após a sua alta;
- Efetuar alterações estruturais na última enfermaria do serviço de Ginecologia de modo a melhorar o acolhimento/internamento a estas mulheres/casais.

4.2. Objetivos a atingir com a população-alvo

O objetivo a atingir com a população-alvo A é:

- Melhorar o seu acolhimento no serviço de Ginecologia de forma a terem o apoio emocional necessário durante o internamento e após a sua alta.

Na população-alvo B temos como objetivo a atingir:

- Motivar a equipa multidisciplinar do serviço para desenvolver conhecimentos e competências, não apenas ao nível do saber-saber nas situações de ITG;
- Melhorar as condições relacionais, ambientais e estruturais no serviço de Ginecologia do HBA para as mulheres sujeitas a ITG.

5 – Análise reflexiva sobre as Intervenções

O Enfermeiro deve refletir sobre o seu desenvolvimento profissional e sobre a sua formação para prestar cuidados de Enfermagem de excelência no cuidar. A sua formação adquirida, tanto a nível académico, como profissional deve ser entendida como a construção da sua identidade profissional e evolução. Em 1998 o Estado Português cria a Ordem dos Enfermeiros, através do Decreto-Lei n.º 104/98, o qual refere que “Os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de Saúde Português e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem”. É importante que os Enfermeiros se empenhem na sua formação e no aprofundar dos seus conhecimentos na sua área de atuação, no sentido da melhoria, em última instância, dos cuidados prestados aos utentes.

O EESMO deve intervir de forma a identificar as alterações físicas maternas, bem como as alterações psicossociais e emocionais de cada mulher/casal nesta etapa de vida. As intervenções de Enfermagem devem também ter em vista o desenvolvimento das competências e capacidades de adaptação do casal nesta etapa. Pelo facto de o número de horas de internamento na ITG serem reduzidas tende-se a concluir que neste período de tempo não será possível dar todo o apoio necessário a estas mulheres/casais por parte da equipa de Enfermagem, pelo que é fundamental terem uma orientação e apoio psicológico durante o internamento e após a sua alta, se assim o desejarem.

5.1. Fundamentação das intervenções

A Interrupção Terapêutica da Gravidez surge com o desenvolvimento do diagnóstico pré-natal, com técnicas que permitem uma avaliação mais precoce do bem-estar materno-fetal. O diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida ou com a dignidade da mesma, pode levar à necessidade de tomada de decisão de interromper ou prosseguir com uma gravidez, com um provável ou mesmo inevitável desfecho negativo.

Nos Estados Unidos, “mais de 1,5 milhões de abortos terapêuticos são realizados anualmente. Trinta por cento das gravidezes que não terminam em aborto espontâneo ou nados mortos são eletivamente interrompidas” (Norwitz, Schorge, 2001, p.72).

Em Portugal, e segundo o Instituto Nacional de Estatística (2010), num universo de cerca de 99 500 partos registaram-se, no ano de 2008, 341 ITG, e no ano de 2009, 381. De 2004 para 2009 a taxa de mortalidade fetal decresceu nas Regiões Norte e no Algarve (decréscimos relativos de 20,6% e 22,5%, respetivamente), aumentando nas restantes regiões. O crescimento foi mais acentuado no Alentejo, onde a taxa de mortalidade fetal passou de 3,7 para 4,7 óbitos fetais por 1000 nascimentos (aumento relativo de 27,0%). Uma das competências do Hospital do Barlavento Algarvio é de ter capacidade de assistência multidisciplinar a todas as situações com patologia associada ou coexistente com a gravidez (Saúde, 2006). No serviço de Ginecologia do HBA, e segundo dados estatísticos fornecidos pela instituição, registaram-se 59 Interrupção Terapêutica da Gravidez num universo de 849 utentes internadas no serviço com duração média de internamento de 3,71 dias durante o ano 2011. Pelos dados estatísticos disponíveis do ano 2012, verificámos na unidade de internamento de Ginecologia teve um movimento assistencial menos significativo, ao que constatámos que houve 36 utentes que efetuaram Interrupção Terapêutica da Gravidez. Da análise do gráfico n.º 6, verifica-se que no ano de 2011 houve mais grávidas internadas no serviço de Ginecologia do HBA que efetuaram Interrupção Terapêutica da Gravidez do que em 2012. As causas da ITG foram devido a malformação fetal por Síndrome Klinefelter, Síndrome Down e Defeitos de Tubo Neural (Anencefalia, Hidrocefalia e Spina bífida) e também a morte fetal.

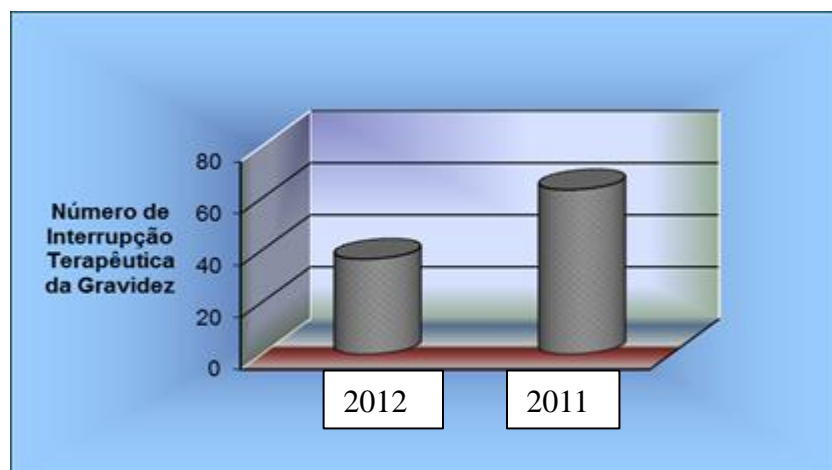


Gráfico n.º 6 - Registo das grávidas internadas no Serviço de Ginecologia que efetuaram ITG em 2011 e 2012

Enquanto Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, a exercer funções no Serviço de Ginecologia, temos constatado que as grávidas sujeitas a ITG apresentam atitudes diferentes, resultantes de fatores como a ansiedade, sofrimento e medo do desconhecido que estão a passar por esta fase, sendo também fatores reconhecidos pela equipa de enfermagem que têm o primeiro contacto com estas mulheres/casais no internamento. É nesta fase que é necessário estabelecer intervenções e estratégias no serviço para ajudar o casal a ultrapassar todo este processo, através dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar no serviço de Ginecologia do HBA. Assim, se justifica e fundamenta a intervenção principal, a de melhorar as condições no serviço de Ginecologia, quer condições relacionais, como ambientais e estruturais, a mulheres perante uma Interrupção Terapêutica da Gravidez.

Foi requerido o pedido de autorização (Apêndice E) ao Conselho de Administração do HBA, para a aplicação da nossa intervenção no Serviço de Ginecologia. No que se refere à população-alvo A, e de modo a respeitar os princípios éticos, pretende-se:

- Esclarecer as mulheres sobre o teor da nossa intervenção;
- Informar as mulheres dos benefícios diretos e indiretos que poderão advir da sua participação neste estudo;
- Assegurar a confidencialidade das informações;
- Informar sobre a liberdade de participação.

Estas diretivas têm o objetivo de obter o consentimento voluntário e informado das mulheres que vão participar na nossa intervenção. Reforçando a premissa que deveremos sempre defender a justiça e a proteção da saúde da utente, que está o ponto 1 do artigo 8º, Capítulo IV do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e refere que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos...”. Para a realização da nossa intervenção foi utilizada a entrevista à população-alvo A (Apêndice F), tendo sido consentida pelas participantes após informação sobre os objetivos do mesmo, tendo sido salvaguardados os princípios éticos como a beneficência, não maleficência, autonomia, veracidade e fidelidade. Este último princípio está relacionado com a confidencialidade, direito que procuramos preservar em todos os momentos em “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade dos cuidados” seguindo a alínea d) do 85º Artigo do Código Deontológico dos Enfermeiros (2005, p.115).

A elaboração e aplicação das entrevistas tiveram como intuito recolher informações de forma objetiva e abrangente sobre a vivência da Interrupção Terapêutica da Gravidez. As entrevistas foram realizadas após as utentes terem alta, no sentido de partilharem as suas emoções e sentimentos vividos durante todo este processo. Posteriormente foi feita análise dos dados obtidos, o que nos motivou a efetuar intervenções no serviço de Ginecologia.

Após concluído este processo inicial, foram delineadas estratégias de intervenção a aplicar no Serviço de Ginecologia para atingir os objetivos, sendo estes:

- Realização de formação em serviço para sensibilização da equipa de Enfermagem e Assistentes Operacionais;
- Elaboração e apresentação à equipa de um protocolo para uniformizar os procedimentos prestados pela equipa de Enfermagem.
- Efetuar alterações na enfermaria do serviço Ginecologia de forma a proporcionar um ambiente acolhedor a mulher/casal;
- Planeamento da articulação entre a psicóloga e o serviço;
- Elaboração de dossiê com registo das mulheres sujeitas a ITG.

Com base nestes dados se justifica a nossa intervenção principal, a qual consiste em criar condições específicas no serviço — relacionais, estruturais e ambientais — para as mulheres submetidas a Interrupção Terapêutica da Gravidez, de modo a proporcionar mais privacidade e melhoria do acolhimento a estes casais. É importante que a mulher/casal percebam que não estão sozinhos nesta fase da sua vida e que saibam que existem intervenções já planeadas para este tipo de situações, para prevenir e aliviar o seu sofrimento durante o internamento.

Cada família é única e a abordagem terapêutica deve ser específica para ela, no entanto há pontos comuns que devem ser “trabalhados” com todos os casais. O casal deve ser ajudado a procurar apoio na rede familiar e social envolvente e promover uma adaptação da situação pela utilização dos recursos disponíveis na perda de um filho, sendo estes:

- Encorajar a mulher/casal e ajudando-os emocionalmente num momento difícil e facilitar o processo de resolução de problemas;
- Aumentar a sua autoestima, ajudando-os a sentirem-se bem consigo próprios, sem se sentirem culpados, sem sentimentos de negação. Assim estarão mais aptos a prosseguir com as suas vidas e restabelecer novos laços afetivos;

- Aumentar os seus sentimentos de autoeficácia, reforçando-os na sua qualidade de serem capazes;
- Ajudá-los a explorar a situação, possibilitando-lhes uma melhor compreensão do problema. Por vezes, quando por parte da mulher/casal e do meio envolvente há negação quase total da situação de perda, é necessário ajudar a interiorizá-la como real;
- Encorajar a comunicação entre o casal. Nestas situações, é comum haver desentendimentos entre o casal, é necessário compreender a mulher/casal, ajudando a esclarecer os pontos em desacordo;
- Ajudar o casal a procurar outros suportes de apoio familiares e sociais. O contacto com outras utentes que viveram ou vivem problemas semelhantes deve ser estimulado: a troca de vivências esclarece e conforta.

5.2. Metodologias

A metodologia proporciona a estrutura organizada destinada a orientar um relatório de intervenção, permitindo, em última instância, a aquisição de conhecimentos e sustentando-se na análise de factos que permite orientar os procedimentos a efetuar, tendo como objetivo: o rigor, o pormenor e a clareza na descrição do trabalho realizado. A metodologia a utilizar inclui a revisão sistemática da literatura, definida como “revisão de estudos por meio de uma abordagem sistemática, utilizando metodologia claramente definida, buscando minimizar os erros nas conclusões” (Bachion e Pereira, 2006, p.492).

Qualquer estudo implica um percurso árduo de trabalho levando a uma reflexão que dê resposta aos objetivos planeados. O estudo será mais empenhado e convicto se o tema for do interesse do autor, mas, sobretudo, terá verdadeiro interesse se proporcionar a possibilidade de aplicação prática dos seus pressupostos.

Foram utilizadas as bases de dados eletrónicas EBSCO HOST, B-on (biblioteca do conhecimento online), bem como consultas presenciais em biblioteca. As expressões utilizadas foram no sentido da consulta de informação, sendo estas: a Interrupção Terapêutica da Gravidez, sentimentos da mulher/casal que vivenciou a ITG e o cuidar em enfermagem.

Os critérios de inclusão para a seleção de artigos encontrados na pesquisa foram: disponibilidade em *full text* (texto integral); estudos quantitativos e qualitativos publicados;

terem sido realizados há menos de dez anos; publicados em português, inglês ou espanhol; e abordem a temática dos cuidados de enfermagem e da Interrupção Terapêutica da Gravidez.

As estratégias planeadas têm como objetivo intervir no modo de estar e proceder da equipa multidisciplinar do serviço, população-alvo B, com o intuito de melhorar o acolhimento de mulheres sujeitas a ITG. Para atingir os objetivos pretendidos com a população-alvo A e B, foram delineadas estratégias para alcançar os objetivos da intervenção profissional. As atividades desenvolvidas no início da intervenção passaram por:

- Realização de uma reunião com a Enfermeira Chefe do Serviço de Ginecologia e com o Diretor de Serviço, no HBA, no sentido de dar a conhecer o estudo “Intervenção em mulheres com Interrupção Terapêutica da Gravidez”. Esta reunião foi realizada no dia 01 de dezembro 2011, pelas 11 horas, no Gabinete da Enfermeira Chefe, no Serviço de Ginecologia do HBA.
- Pedido de autorização ao Conselho de Administração do HBA para a realização da intervenção. Foi realizada reunião pessoal com a Enfermeira Diretora, a dar conhecimento do projeto e pedir autorização para o aplicar no serviço de Ginecologia HBA. A reunião foi realizada em 02 dezembro de 2011 pelas 10 horas, e teve a duração de uma hora.
- Realização de uma formação em serviço à equipa de Enfermagem e Assistentes Operacionais. A formação foi planeada (Apêndice G) para o dia cinco de abril 2012 com o tema: “Intervenção em mulheres com ITG”. Foi elaborado o plano da formação em serviço (Apêndice H). A formação de serviço teve a duração de uma hora (Apêndice I). Foi elaborado a avaliação da formação em serviço (Apêndice J). O certificado da formação encontra-se no Apêndice K.
- Elaboração de um dossiê (Apêndice L) com os dados das mulheres que foram sujeitas a ITG no Serviço de Ginecologia. Este dossiê foi apresentado à equipa de Enfermagem no dia da formação em serviço, com o objetivo de proporcionar à mulher/casal a partilha de experiências com outros casais que passaram pela mesma situação.
- Apresentação de um protocolo na formação em serviço, como “Protocolo de Procedimento perante a Interrupção Terapêutica da Gravidez” (Apêndice M), com o objetivo de uniformizar a atuação da equipa de enfermagem no facilitar dos procedimentos perante uma ITG.

- Alteração da estrutura física do Serviço de Ginecologia, tendo como objetivo melhorar o acolhimento da mulher/casal, de forma a garantir a privacidade durante o seu internamento. A estrutura física do serviço Ginecologia foi alterada durante o mês de maio de 2012 e foi remodelada a última enfermaria do serviço, por ser uma das enfermarias mais pequenas, com 2 camas e uma casa de banho privativa.

5.3. Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas

As estratégias, baseadas em reflexões, são um procedimento formalizado e articulador de resultados, “as estratégias definidas foram elaboradas de acordo com os objetivos planeados, no sentido de permitir a orientação na execução do planeado com a intenção de atingir os objetivos” (Mintzberg, 2004).

A carreira de enfermagem é uma das profissões que contempla a formação em serviço como um momento privilegiado de discussão e crescimento de todo um grupo profissional. O Decreto - Lei n.º 437/91 de 8 de novembro, refere que “a formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objetivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo”.

O serviço de Ginecologia exige um aprofundamento e aperfeiçoamento permanente de saberes, devido à sua elevada especificidade humana e técnico/científica, o que se reflete nos cuidados prestados às utentes/família e na qualidade dos mesmos. Os estudos efetuados sobre esta temática permitiram o aprofundamento do tema e o definir da forma de intervir perante a Interrupção Terapêutica da Gravidez. Através da literatura consultada foi planeada a formação em serviço com a pertinência de os formandos ficarem sensibilizados e motivados para a temática.

Ao planear a formação em serviço foi necessário definir os objetivos, o seu conteúdo, os métodos e técnicas pedagógicas a utilizar e o local da sessão. Foi elaborado o plano da sessão de acordo com o modelo do HBA, onde se indicou o tema, o formador, o tempo necessário para a sua execução, o objetivo principal e os objetivos específicos. Foi apresentado o resultado das entrevistas realizadas às utentes e referidos os sentimentos vivenciados pelas mesmas.

A formação em serviço realizada no dia cinco de abril de 2012 estiveram presentes cinco Enfermeiros e quatro Assistentes Operacionais, para um total de nove elementos. No

final da formação foi aplicado um questionário de “Avaliação de Sessão” para a avaliação e eficácia da mesma sobre a Intervenção em mulheres sujeitas a ITG, sendo este um dos instrumentos disponíveis para identificar a avaliação da formação realizada e de toda a informação transmitida à equipa do serviço Ginecologia. O questionário aplicado no final da formação em serviço surge da necessidade do profissional responsável pela mesma, para avaliar o trabalho realizado, no sentido de dar cumprimento ao disposto na Carreira de Enfermagem. Foi realizada a análise das perguntas do questionário de avaliação da formação, a qual passamos a apresentar.

Em resposta à primeira questão “Qual o seu conhecimento sobre a Interrupção Terapêutica da Gravidez”, a maioria dos elementos respondeu ser bom, como podemos verificar na tabela n.º 5;

	Frequência
Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	5
Muito Bom	4
Total	9

Tabela n.º 5 - “Qual o seu conhecimento sobre a Interrupção Terapêutica da Gravidez”

Na segunda questão, a qual insidia sobre se “A informação foi clara”, a maioria responderam que foi muito bom, como podemos verificar na tabela n.º 6.

	Frequência
Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	1
Muito Bom	8
Total	9

Tabela n.º 6 - “A informação foi clara”

Na terceira questão, “Os conteúdos da Formação foram vantajosos para o desenvolvimento das suas competências”, verificamos na tabela n.º 7 que a opinião foi unânime ao considerarem que foi muito bom;

	Frequência
Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	0
Muito Bom	9
Total	9

Tabela n.º 7 - “Os conteúdos da Formação foram vantajosos para o desenvolvimento das suas competências”

Na quarta questão “A formação foi importante para o seu desempenho perante mulheres em ITG”, a maioria do grupo também considerou que foi muito bom, representado na tabela n.º 8:

	Frequência
Insuficiente	0
Suficiente	0
Bom	2
Muito Bom	7
Total	9

Tabela n.º 8 - “A formação foi importante para o seu desempenho perante mulheres em ITG”

Em relação à questão aberta do questionário “Sugestões/Comentários” cerca de 80% dos profissionais respondeu a esta questão, como podemos verificar no gráfico n.º 7 e cerca de 20% não respondeu. Podemos salientar como aspetos positivos as afirmações: “Excelente pesquisa” e “informação foi clara” foi referido por cerca de 40% da população-alvo B que assistiu à formação em serviço. Também cerca de 40% referiram que o

“trabalho foi bem elaborado” e como sugestões referiram que era importante a realização da Formação aos enfermeiros que trabalham na mesma área de Saúde Materna e Obstetrícia.

A apresentação do trabalho realizado foi bastante pertinente e atual indo ao encontro das necessidades sentidas pelos profissionais. Esta, para ser gratificante do ponto de vista dos conhecimentos adquiridos e experiências partilhadas tem de partir das necessidades sentidas, cabendo ao serviço e aos profissionais envolvidos reunir condições para que essa formação seja efetiva. As necessidades da equipa do serviço de Ginecologia basearam-se em relação a relembrar, consolidar e adquirir novos conhecimentos teóricos e técnicos, bem como a partilha de experiências e preocupações que contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional.

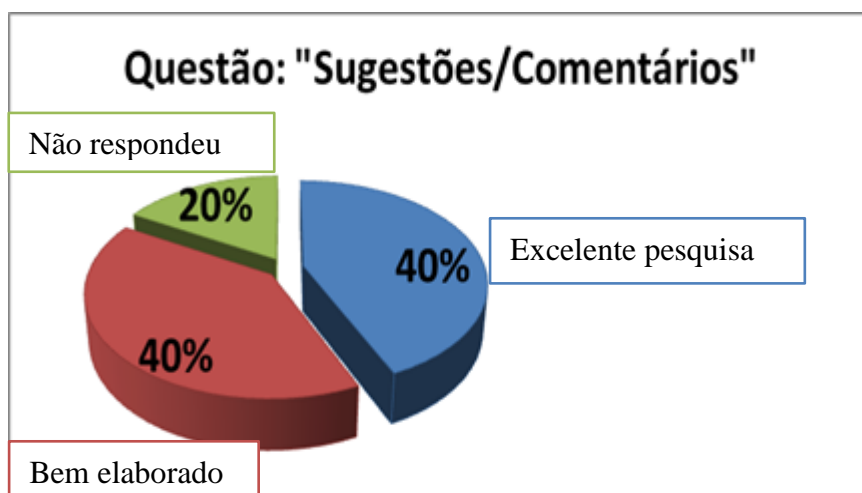


Gráfico n.º 7 - Questão: “Sugestões/Comentários”

Tem sido uma constante preocupação dos enfermeiros a identificação de conceitos utilizados em enfermagem, com a finalidade de tornar a profissão o mais autónoma possível, definindo critérios próprios e normas de atuação, onde a formação em serviço é um local privilegiado para a discussão e uniformização desses critérios. A necessidade para melhor cuidar e a “organização de encontros de todos os profissionais envolvidos nesta área, com o objetivo de trocar ideias, partilhar sentimentos, receber/pedir apoio para que se possa prestar bons cuidados à mulher/família” (Pinto, 2005, p.158). Um dos fatores também referido pelos profissionais de Enfermagem, na formação em serviço, como dificultador no cuidar durante a ITG foi a pouca preparação profissional e a falta de

formação académica específica nos cuidados de enfermagem nesta fase da vida das utentes.

Por outro lado, em termos de equipa multidisciplinar, é importante haver uma discussão aberta sobre a intervenção na ITG, que pode ser uma das melhores estratégias para ajudar os elementos da equipa a expressarem os seus sentimentos perante a situação e a apoiarem-se mutuamente em termos emocionais, promovendo um ambiente de trabalho saudável e com espírito de equipa.

Na formação em serviço foi também questionado sobre a forma de interagir neste tipo de situações, ou seja, o que podemos dizer a estes casais, nesta fase difícil da sua vida. A melhor forma de interagir nestas situações é o saber ouvir, porque “escutar é mais do que uma simples constatação: é também o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das suas perceções internas e externas” (Lazure,1994). Escutar tem de ser um processo ativo e voluntário, o qual exige disponibilidade e empenho. A escuta é uma capacidade e um instrumento que deve ser desenvolvido, pois trata-se de uma via de acesso à compreensão da utente.

A empatia “é o processo pelo qual uma pessoa é capaz, de um modo imaginário, de se colocar no papel e na situação de uma outra pessoa a fim de perceber os sentimentos, pontos de vista, atitudes e tendências próprias do outro, numa dada situação” (Chalifour, 1993, p.148). A empatia é a capacidade de se pôr no lugar do outro e de ver o mundo como ele vê. Assim, permite ao enfermeiro/profissional de saúde compreender o que vive o utente, mostrar-lhe que ele é importante e que se interessa por ele.

O toque também é uma forma de linguagem corporal, um estímulo táctil, realizado com o propósito de contacto pessoal com outra pessoa no sentido de estabelecer ou fortalecer uma relação. O toque tem um grande poder terapêutico e raramente alguém lhe fica indiferente.

O silêncio pode ser uma boa atitude terapêutica pois dá à utente a oportunidade para organizar o pensamento e analisar o que está a partilhar, podendo também ajudar a organizar as ideias. É essencial a prestação de suporte emocional e, se necessário, o recurso ao apoio psicológico especializado.

Na comunicação com a mulher/casal, devem ser privilegiadas as palavras, morte e morreu, ao invés de perdeu-se ou partiu, para facilitar a aceitação da realidade (Duarte, 2010). Segundo Batista et al (2010) deverá evitar-se determinadas expressões, tais como:

➤ “ A senhora é nova e pode ter outros...”,

- “Tem um anjo no céu...”,
- “Foi melhor assim...”,
- “Foi melhor isso acontecer antes de conhecer o bebé...”.

Por outro lado, deve-se recorrer a expressões, tais como:

- “Estou triste por si...”,
- “Tenho muita pena...”,
- “O que posso fazer por si?”,
- “Deve ser duro para si...”.

A mulher/casal deve ser incentivado a expressar os sentimentos e a chorar, se sentir necessidade. Os Enfermeiros devem ajudar a mulher/casal a lidar com estas situações e devem ter sensibilidade para escolherem o melhor momento para abordar a questão. Estes aspetos são vistos como facilitadores do processo de luto. No que concerne à atenção dedicada a estas mulheres, ela deve incluir a preocupação de não as deixar permanecer numa enfermaria com outras mães e recém-nascidos, como poderá acontecer se ficarem internadas no serviço de Obstetrícia.

Os hospitais devem promover e apoiar a formação dos profissionais de saúde nas áreas temáticas relacionadas com a dor, o sofrimento, a perda, o luto e as boas práticas no acolhimento da utente na Interrupção Terapêutica da Gravidez. Os profissionais de saúde que cuidam destas mulheres também vivenciam e interiorizam a situação, podendo sentir algumas dificuldades em lidar com este processo de perda. Será sempre importante identificar as nossas dificuldades em cuidar mulheres em ITG e desenvolver estratégias para as ultrapassar, de forma a conseguirmos dar-lhes apoio nesta etapa tão penosa e difícil das suas vidas. “A prática dos cuidados não pode ser confiada ao acaso, mas na reflexão, a fim de se poder desenvolver um domínio de conhecimentos próprios” (Ribeiro, 2000, p.14). Assim, o profissional que cuida nestas situações tem de aprender a lidar com as suas próprias emoções, além de dever estar mais desperto para reconhecer as situações em que há risco aumentado de luto complicado ou patológico (Pinto, 2005).

5.4. Recursos materiais e humanos envolvidos

Com base nas estratégias delineadas na intervenção, foi necessário identificar e adequar os recursos para a consecução das mesmas e para o seu desenvolvimento, sendo fundamental a mobilização dos recursos materiais. Para a realização da formação em serviço

foi fundamental ter disponível o Gabinete da Enfermeira Chefe, o qual está inserida no Serviço de Ginecologia. Os recursos materiais “são recursos necessários para as operações básicas da empresa (...) constituem o próprio espaço físico, os prédios, edifícios e terrenos, o próprio processo produtivo, a tecnologia que os orienta, os métodos e processos de trabalho voltados para a produção de bens e serviços produzidos pela empresa” Chiavenato (1994), referenciado em (Frederico e Leitão, 1999, p.89).

Ao nível dos recursos humanos foram vários os elementos envolvidos nesta intervenção, nomeadamente: Presidente do Conselho de Administração, Enfermeira Diretora do HBA, Diretor Clínico do serviço, Enfermeira Chefe do serviço de Ginecologia, Psicóloga clínica, Equipa multidisciplinar de Ginecologia HBA e a Professora Orientadora do Relatório.

5.5. Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas

É importante referir quais os contactos desenvolvidos, as estratégias utilizadas e as entidades envolvidas para que fosse possível a realização da nossa intervenção.

No sentido da formalização das estratégias, foram desenvolvidos contactos com:

- O Presidente do Conselho de Administração do HBA, que autorizou a nossa intervenção em mulheres com ITG no serviço de Ginecologia;
- O Diretor do Serviço de Ginecologia, que tomou conhecimento da nossa intervenção no serviço;
- A Enfermeira Chefe do Serviço de Ginecologia, que autorizou: a intervenção no serviço, a realização da formação em serviço, a elaboração do dossiê e da norma de procedimentos para as mulheres sujeitas a ITG;
- As mulheres que foram sujeitas a ITG e que estiveram internadas no Serviço de Ginecologia do HBA, durante o ano 2012;
- A equipa multidisciplinar do Serviço de Ginecologia que esteve presente na formação em serviço, no dia cinco de abril de 2012, e participou na nossa intervenção;
- A Psicóloga do HBA, no sentido de apresentar o nosso estudo e de pedir a sua colaboração na continuidade do mesmo, que foi aceite;
- A Enfermeira Chefe para efetuar as alterações físicas na última enfermaria do serviço de Ginecologia, durante o mês de maio de 2012, de forma a melhorar o acolhimento à mulher/casal sujeita a ITG. O pedido foi aceite.

5.6. Cumprimento do cronograma

Com a elaboração do cronograma pretendeu-se planejar as atividades, as datas do início, duração e término, em que foi executado o trabalho. O cronograma permitiu-nos orientar para a execução das atividades, após a definição no projeto inicial.

Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica ao longo de todo o processo, elaborou-se a entrevista para o levantamento de dados, em que foi aplicado entre mês fevereiro e março de 2012. Efetuou-se a formação em serviço no mês de abril à equipa multidisciplinar no serviço de Ginecologia do HBA. Devido a acontecimentos de ordem pessoal e profissional levaram a que a autora não conseguisse realizar a formação em serviço entre o mês de fevereiro e março, nem a realização do folheto descrito no projeto.

Apesar de não termos conseguido dar cumprimento na sua totalidade as atividades planeadas, o que nos deixa em parte frustrados, o trabalho foi bastante positivo, pois as atividades realizadas contribuíram para adquirir e atualizar conhecimentos, e consequentemente para a mudança de comportamentos dos profissionais envolvidos. Estas atividades estavam relacionadas entre si, e algumas requereram a conclusão de tarefas anteriores para que se pudessem concretizar, outras decorrem em simultâneo.

Atividades	Período
Realização de pesquisa bibliográfica em bases científicas sobre o tema delineado;	outubro/novembro 2011
Reunião com a enfermeira chefe e com o diretor de serviço, no sentido de dar a conhecer o projeto;	outubro/novembro 2011
Pedir autorização ao conselho de administração do HBA para a realização da intervenção;	dezembro 2011 e janeiro 2012
Apresentação do projeto à equipa de enfermagem;	abril 2012
Realização de formação em serviço aos Enfermeiros e Assistentes Operacionais sobre o tema do projeto;	abril 2012
Redação do relatório final;	maio/dezembro 2012 janeiro/março 2013
Entrega do relatório final.	março 2013

6. Análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controle

6.1. Avaliação dos objetivos

O objetivo deste estudo é conhecer, interpretar e compreender toda a problemática que a mulher vai enfrentar na Interrupção Terapêutica da Gravidez. Cada objetivo de intervenção profissional deve ser inovador e produtivo, e que consiga gerir de forma positiva a nossa intervenção.

Para atingir o objetivo de **sensibilizar a equipa para desenvolver conhecimentos e competências, não apenas ao nível do saber-saber mas também ao nível do saber-estar nas ITG** foi efetuada uma formação em serviço, a cinco de abril de 2012, com o tema “Intervenção em Mulheres com Interrupção Terapêutica da Gravidez” à população-alvo B. Os temas abordados foram muito úteis e a interação estabelecida com o grupo foi a adequada e eficaz. No que se refere ao tempo utilizado para a formação em serviço, aos auxiliares pedagógicos e às técnicas utilizadas, estes foram adequados. Neste contexto, ao finalizar esta etapa, considero que o objetivo previamente definido foi conseguido na sua plenitude, acreditando que o esforço que agora concedemos a novas aprendizagens dará o seu fruto no futuro, ao longo da minha carreira profissional.

Em relação ao objetivo de **sensibilizar a mulher/casal para o apoio existente no serviço**, considero este objetivo atingido com sucesso. É muito importante para a equipa multidisciplinar estar desperta e melhorar as competências no apoio emocional e acompanhamento das mulheres/casais submetidos a uma ITG. Foi realizada reunião com a Psicóloga do HBA que mostrou disponibilidade em ajudar estas mulheres/casais sempre que solicitada pela equipa Enfermagem do serviço. A articulação com a Psicóloga é fundamental para apoiar estes casais durante o internamento e seguir após a sua alta. O sofrimento e as consequências psicológicas no futuro destes casais podem ser devastadoras, neste sentido é muito importante a união de esforços dentro da equipa multidisciplinar para o cuidar humanizado e holístico. A elaboração do dossiê para a ITG permite um elo de ligação com outros casais para ajudar a ultrapassar esta fase da sua vida.

O objetivo de **melhorar a estrutura orgânica e física do Serviço de Ginecologia, no sentido de facilitar o seu internamento** foi atingido com sucesso, sendo reestruturada a última enfermaria de forma a melhorar o acolhimento a mulher/casal (Apêndice N), proporcionando um ambiente mais calmo e tranquilizador, de modo a garantir a privaci-

dade. O ambiente que envolve a mulher durante a ITG influencia a sua percepção dolorosa, sendo estes: os profissionais de saúde presentes, a sua comunicação e comportamentos; a filosofia e política de atendimento do estabelecimento; a mobília e equipamento das instalações; o ruído, a iluminação, a temperatura das instalações; a privacidade e a liberdade de movimentos, como refere Bismarck (2003). A “avaliação da estrutura física de uma unidade de saúde consiste na valorização dos meios para a prestação de cuidados, incluindo as instalações, o equipamento, a qualificação do pessoal e o seu funcionamento” (Kemp & Richardson, 1995, p.51). O nosso objetivo é acolher a mulher/casal de modo a garantir a sua privacidade durante o internamento. A decoração da enfermaria já incluía a cor amarelo e azul claro, as cores que são características do hospital. Foram colocados cortinados de cor azul claro e branco na janela da enfermaria. Nas paredes foi colocado dois quadros da instituição, com paisagens marítimas, no sentido de se transmitir tranquilidade e calma às utentes/casais. Foi ainda disponibilizado um cadeirão articulado pertencente a instituição, no sentido de proporcionar mais conforto ao acompanhante.

O objetivo de **realizar um Protocolo de Procedimentos, de forma a uniformizar procedimentos a mulheres com ITG** foi um objetivo atingido com sucesso. A uniformização de procedimentos e a atuação profissional dos enfermeiros perante estas situações facilitou a adaptação e o desempenho dos mesmos, criando as condições necessárias para acolher e prestar cuidados holísticos à mulher/casal.

Esta reflexão serve para nós como EESMO de estímulo e incentivo para continuar a melhorar, introduzindo as medidas corretivas consideradas pertinentes e necessárias, visto tratar-se de um processo dinâmico e contínuo suscetível de ser modificado, de modo a atingir os objetivos propostos.

6.2. Avaliação da Implementação do Programa

Para implementação de um programa deste cariz é necessário verificar se os recursos foram os mais adequados, e como se desenvolvem ao longo do tempo. Os recursos referem-se aos elementos que executam o programa, e também aos conhecimentos que estes têm sobre o tema e sobre a sua aplicação, e aos recursos materiais e físicos necessários para permitir que o programa produza os resultados desejados, como refere Chiavenato (1999).

A avaliação apresenta-se como a etapa em que se faz uma retrospectiva de todo o processo baseada numa reflexão. “ A avaliação, apesar de estar presente durante todo o planeamento, constitui a etapa final deste processo. Assim é necessário medir o concretizado face ao planeado, ou melhor ainda, medir em que grau o problema ou necessidades iniciais foram resolvidas” (Fernandes, 1998, p.236).

O apoio psicológico a estas mulheres/casais é importante para a qualidade e eficácia dos cuidados prestados. Após realizadas todas as intervenções já descritas anteriormente, foi aplicado “o guia de satisfação da utente” a utentes que encontravam-se internadas no serviço para efetuar ITG, de forma a reconhecer se intervenção que aplicámos no serviço teria suscitado um “sucesso funcional”.

Este instrumento para avaliação do “guia de satisfação das utentes” surge para colmatar uma necessidade do Internamento de Ginecologia do HBA. Ao iniciarmos esta intervenção no serviço tivemos uma reunião informal com a Enfermeira Chefe, a fim de avaliar as necessidades do mesmo. Gostaríamos, enquanto grupo e futuros Enfermeiros Especialistas, deixar o nosso contributo neste serviço. Pensamos desta forma aumentar a qualidade dos cuidados prestados, indo de encontro às necessidades das utentes.

De forma geral, a promoção do acolhimento, a orientação e transmissão de informações, bem como o suporte emocional, são essenciais para o cuidado humanizado prestado pelo enfermeiro durante o internamento. Este facto determina a perceção da mulher quanto à qualidade da assistência, favorece a relação de confiança com o profissional de saúde, aumenta o grau de satisfação, assim como influencia o acesso aos serviços de saúde.

A opinião do utente tem vindo cada vez mais a ser considerada no domínio científico, a fim de avaliar a qualidade dos cuidados prestados. A satisfação do utente nem sempre é fácil de quantificar, no entanto, pode ser medida através de opiniões e perceções dos mesmos. Para Filho (1990, p.59-64), os fatores que estão na base da satisfação dos utentes, são os seguintes:

- Características da utente: estão incluídos os fatores sociais e demográficos, bem como as expectativas da relação com os profissionais de saúde e o seu próprio estado de saúde;
- Características dos profissionais: a componente técnica e a própria personalidade do profissional de saúde;
- Aspectos da relação profissionais de saúde e utente: abrange a comunicação que se estabelece entre os dois, bem como a relação terapêutica;

- Fatores estruturais: os acessos, a sua localização e todos aqueles fatores que tenham a ver com a estrutura física dos serviços e que possam potenciar a sensação de satisfação ou a insatisfação dos utentes.

Independentemente de quaisquer que sejam os fatores que interferem no guia de satisfação dos utentes, estes têm sempre a ver com reações dos utentes à experiência dos cuidados de saúde prestados, sendo muitas vezes influenciados não só pelo referido anteriormente, mas também por experiências anteriores. A satisfação dos utentes é determinante para a qualidade e eficácia dos cuidados prestados. Assim sendo, elaboramos este instrumento para avaliação do “guia de satisfação das utentes” (Apêndice O), com o objetivo de:

- Avaliar o apoio prestado às utentes internadas no serviço de Ginecologia;
- Avaliar o nível de qualidade dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar no serviço;
- Avaliar as intervenções efetuadas no serviço de Ginecologia.

O guia de satisfação da utente foi aplicado a duas mulheres. Estas utentes ficaram internadas na última enfermaria que foi remodelada e onde aplicamos a nossa intervenção. A sua idade é compreendida entre os 33 anos e os 37 anos, como podemos verificar na tabela n.º 9.

Idade das utentes	N.º de entrevistadas
33 Anos	1
37 Anos	1

Tabela n.º 9 – Idade das utentes no “Guia de Satisfação”

Relativamente ao estado civil, ambas eram casadas, como indica a tabela n.º 10, sendo um fator importante para relacionar o tipo de apoio que estas mulheres necessitam.

Estado Civil	N.º de entrevistadas
Casada	2
Solteira	0

Tabela n.º 10 – Estado civil das utentes no “Guia de Satisfação”

Outra questão colocada a estas duas utentes foi se gravidez tinha sido planeada, como mostra a tabela n.º 11. Uma das utentes referiu o desejo enorme de ter o segundo filho e que tinha sido planeada. A outra utente referiu que não foi planeada, mas que aceitava a gravidez e estava triste com a decisão de interromper a gravidez.

Gravidez Planeada	N.º Entrevistadas
Sim	1
Não	1

Tabela n.º 11 – Se a gravidez foi planeada no “Guia de Satisfação”

Também foi importante analisar se as duas utentes estavam na primeira gravidez, como podemos verificar na tabela n.º 12, o que ambas referiram que já tinham um filho, e que a gravidez anterior decorreu normalmente e que não imaginavam passar por esta situação na segunda gravidez.

Primeira Gravidez	N.º Entrevistadas
Sim	0
Não	2

Tabela n.º 12 – Primeira gravidez das entrevistadas no “Guia de Satisfação”

Outra das questões colocadas às duas entrevistadas foi o motivo da ITG, como podemos verificar na tabela n.º 13. O motivo da ITG das mulheres entrevistadas no Guia de Satisfação foi a uma grávida devido a causa materna, que pode estar associada a uma má perfusão uteroplacentária, como a HTA, Diabetes mellitus, doença renal entre outras. A segunda utente entrevistada efetuou a ITG devido a malformação fetal.

Motivo da ITG	N.º Entrevistadas
Causa Fetal	1
Causa Materna	1

Tabela n.º 13 – Motivo da ITG no “Guia de Satisfação”

A idade gestacional também é um fator importante para a grávida, porque há medida que a gravidez avança maior é a ligação entre a mãe e o feto. Como podemos verificar na tabela n.º 14, as duas utentes encontravam-se com idade gestacional entre as 14 e 16 semanas, o que poderá levar a uma ligação bastante efetiva da mulher/casal. É fundamental todo o tipo de apoio existente no Serviço de Ginecologia, a articulação com a Psicóloga do HBA, de forma a ajudar o casal a ultrapassar esta fase, como já foi referido anteriormente.

Idade Gestacional	N.º Entrevistadas
14 Semanas	1
16 Semanas	1

Tabela n.º 14 – Idade Gestacional no Guia de Satisfação

Na questão: “Como se sentiu no acolhimento no serviço de Ginecologia?”, as duas utentes referiam que este foi realizado com “simpatia, educação” (E6) e “disponibilidade por parte dos profissionais de saúde” (E7). O acolhimento no internamento é um dos pilares mais importantes para a utente, para que se sinta mais à vontade num meio estranho e por vezes hostil para esta, em que muitas vezes perde a sua identidade.

A segunda questão: “Como classifica os cuidados prestados pela equipa de Enfermagem e Assistentes Operacionais?” as utentes referiram que “os profissionais de saúde mostraram sempre disponibilidade para falar sempre que necessário” (E7) e que “deram muito apoio durante os cuidados prestados” (E6). Ao receber uma utente no internamento é importante o enfermeiro, ou outro profissional de saúde identificar-se e perguntar qual o nome que a utente gosta de ser tratada, informando-a das rotinas do serviço (entregar um folheto existe no serviço Ginecologia HBA) em que se encontra e fazendo uma descrição sucinta do serviço e da enfermaria, para que se sinta num ambiente mais acolhedor.

Relativamente a terceira questão: “O que acha da enfermaria em que ficaram internadas?” as utentes referiram ter “um ambiente acolhedor” (E6), com conforto e privacidade. Também referiram que a “permanência contínua do companheiro foi um apoio fundamental durante o internamento” (E7). É importante respeitar a privacidade do casal, manter a mulher/casal informado e explicar os procedimentos que se vão realizar durante a ITG. Durante a prestação de cuidados, sempre que for adequado para a mulher/casal

é importante fazer ensinamentos adequados perante a situação que temos, com o objetivo de promover o autocuidado.

Na quarta questão: “Tem alguma sugestão para a melhoria do atendimento prestado?”, foi de acordo entre ambas que sentiram-se confortáveis durante o internamento e que não tinham nenhuma sugestão a fazer. A opinião do utente tem vindo cada vez mais a ser considerada no domínio dos trabalhos científicos, a fim de avaliar a qualidade dos cuidados prestados.

Refletindo sobre o trabalho desenvolvido e os seus resultados podemos referir que houve empenho e motivação da parte da equipa multidisciplinar do serviço de Ginecologia HBA. Ao fazer uma avaliação precoce da implementação do programa no serviço de Ginecologia poder-se-á dizer que este está a ser implementado com sucesso.

Foi um objetivo atingido disponibilizar às mulheres/casais uma enfermaria mais acolhedora, resguardado do movimento gerado pelo próprio serviço, permitindo o acompanhamento do companheiro.

6.3. Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas

Os momentos de avaliação e as medidas corretivas foram uma constante desde o início do trabalho, compreendendo contactos por via telefone, correio eletrónico e reuniões presenciais com a professora orientadora deste relatório, com o objetivo de se refletir sobre e analisar as várias fases do estudo.

Também foram fundamentais as reuniões com a Enfermeira Chefe do serviço Ginecologia do HBA, as quais se constituíram como um contributo essencial para a consecução das nossas intervenções às mulheres sujeitas a ITG. A formação em serviço à população-alvo B foi fundamental para a aplicação das estratégias, em que a equipa multidisciplinar do serviço também colaborou no nosso estudo e nos cuidados à mulher/casal sujeita a ITG.

7. Análise reflexiva sobre competências mobilizadas e adquiridas

O desenvolvimento da Enfermagem está diretamente ligado à evolução dos cuidados de saúde e das diferentes formas organizacionais que se vão criando para garantir a prestação e qualidade dos cuidados, constituindo-se uma área de desenvolvimento em que se cruzam os conhecimentos humanísticos com os conhecimentos técnico científicos, convergindo para a prestação de cuidados ao indivíduo, no sentido de o apoiar e ajudar a superar algumas limitações que não sejam só em situação de doença (Collière, 1989). O que constitui o objeto da sua ciência, para os profissionais de enfermagem, é o ser humano em toda a sua dimensão e vulnerabilidade. Mais do que saber - fazer, o enfermeiro deve saber – ser, não executando as tarefas como mera rotina passando a pessoa a ser alvo dos cuidados mecanizados que o profissional tem que executar. As competências técnico-profissionais significam um pilar para o “saber-fazer” e “saber-estar”, e foi em função destas competências que foi baseada a nossa intervenção.

Ao refletir sobre a intervenção aplicada no serviço de Ginecologia do HBA podemos considerar que esta foi fundamental para adquirir mais competências profissionais como Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia permitindo ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo, atuando nos diferentes níveis de prevenção, tal como está regulamentado no regulamento n.º 127/2011 publicado no Diário da República, 2º série, n.º 35, de 18 de fevereiro de 2011. Algumas das nossas competências adquiridas, de acordo com o regulamento, basearam-se na “Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal”, “Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento”, “Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal”, “Providencia cuidados á mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto”. Os nossos critérios de avaliação basearam-se em “concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos” e “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento”, sendo fundamentais para aplicar n na população-alvo A.

É uma grande preocupação, por parte dos EESMO, possuir conhecimentos técnicos e científicos capazes de garantir o nível de desempenho exigido. No entanto, as competências não constituem apenas as habilidades técnicas e os conhecimentos científicos

adquiridos. A comunicação e a relação que se estabelece com os utentes são habilidades fundamentais e imprescindíveis na enfermagem que são a base do “cuidar”. O Enfermeiro Especialista é aquele que tem “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (OE, 2010b, p.2). No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, segundo OE (2010b) foram definidos os quatro domínios comuns de competências dos Enfermeiros Especialistas (Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Gestão da Qualidade, Gestão de Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais). Também foi delineado um perfil de competências específicas para cada especialidade, tendo sido definidas como competências para o EESMO - cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, nunca esquecendo a atuação nos cuidados do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade, como refere a OE (2010, p.2).

Estas situações de perda fetal são um grande desafio para os EESMO, pois implicam a mobilização de todas as competências técnico-científicas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e pela *International Confederation of Midwives*, no que se refere aos cuidados físicos durante o período pré-natal, trabalho de parto e puerpério, com risco aumentado de complicações e requerendo uma vigilância ainda mais cuidada. A este risco de complicações acrescem os cuidados psicológicos e emocionais que estes casais, nestes momentos dolorosos das suas vidas. É reconhecido que os Enfermeiros são capazes de lidar com os acontecimentos complexos e traumáticos inevitáveis da prática da profissão (Huntington, 2002).

A nossa intervenção perante a população-alvo A e a população-alvo B foi um acontecimento muito positivo e enriquecedor tanto a nível técnico, como profissional e pessoal. A nossa forma de estar e atuar perante estas situações fazem com que tente ultrapassar os aspetos menos positivos, considerando-os como uma outra forma de aprendizagem. Tencionamos desenvolver cada vez mais e melhorar o nosso grau de atuação perante a utente/casal sujeita a ITG no serviço de Ginecologia do HBA.

Conclusão

Ao prestarmos cuidados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia estamos perante um conjunto de conhecimentos e saberes que são fundamentais para as nossas intervenções e desempenho profissional, o que nos possibilita atuar em função deles. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia deve mobilizar os seus conhecimentos e intervenções no cuidar da mulher sujeita a Interrupção Terapêutica da Gravidez que tem cada vez mais um papel preponderante e ativo, tornando-se muito importante refletir sobre a nossa atuação e a prestação dos nossos cuidados perante esta situação.

As intervenções desenvolvidas ao longo do nosso estudo contribuíram para nós, enquanto EESMO, um desenvolvimento progressivo dos conhecimentos técnicos e científicos o que contribuiu para a clarificação e desenvolvimento dos nossos saberes e competências com o objetivo de melhorar os cuidados prestados a mulher sujeita a ITG.

Estas intervenções, realizada no serviço de Ginecologia do HBA, tiveram como objetivo em melhorar os cuidados prestados a mulher/casal perante a ITG, em que foram delineadas estratégias o que permitiram atingir com sucesso todos os objetivos planeados. As dificuldades que se colocavam ao desenvolvimento deste trabalho terão sido ultrapassadas, por forma a atingir-se os objetivos propostos, adquirindo-se e aprofundando-se conhecimentos e desenvolvendo-se competências melhoradas enquanto EESMO, no prestar de cuidados de enfermagem especializados e de excelência. O presente relatório permitiu-nos fazer uma reflexão sobre todas as atividades desenvolvidas durante a nossa intervenção a estas utentes/casais.

Ao finalizar este relatório podemos considerar que os nossos objetivos planeados foram atingidos com sucesso, o que possibilitou compreender as vivências das mulheres submetidas a ITG, vindo a verificar-se uma evolução gradual e sustentada no desenvolvimento das competências relacionais, ambientais e estruturais colocadas à disposição da mulher/casal durante o seu internamento. A grande implicação da nossa intervenção para a prática dos cuidados é que a formação, compreensão, reflexão e estratégias de cuidados sobre todo este processo que envolve a perda perinatal são fundamentais para a prestação de cuidados de Enfermagem Especializados a estas famílias em sofrimento. O diagnóstico de uma malformação/morte fetal é uma sentença cruel não só para a mulher/casal, também para os profissionais de saúde.

O nosso desempenho futuro como EESMO tem uma responsabilidade fundamental de assumir a obrigação moral e profissional de divulgar esta intervenção e de continuar a despertar e motivar os nossos colegas para esta temática.

Referências bibliográficas

- American Psychological Association (APA) (2006). *Manual de estilo da APA – Regras básicas*. Porto Alegre: Artmed.
- Bachion, M.; Pereira, Â. (2006). *Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência*. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. Vol. 27, nº 4. (Dezembro 2006) p. 491- 498. recuperado a 22 de Julho 2012, disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- Batista, A., Adriano, A., Carvalho, A., Menezes, C., Cardoso, M., Pedro, S., Baleia, S & Ferreira, S. (2010). *Luto Gestacional. Publicação do Congresso Emoções em Saúde*. Editora Corrente Dinâmica, p. 151-160.
- Bellman, L.; Mauley, K. (2003). *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Loures: Lusociência.
- Berger, L.; Mailloux-poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidactica.
- Bobak, I., et al (1999). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição. Loures: Lusociência.
- Bolander, V. (1998). *Sorensen e Luckman: Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Brazão, R. (2005). *Analgesia e Anestesia no Parto*, In Graça, L. (Ed.), *Medicina Materno-Fetal*, Lisboa, Lidel: Edições Técnicas, Lda.
- Campos, D. & Montenegro, N. (2005). *Protocolos de medicina materno-fetal*. Lisboa: Lidel.
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto, p. 255-296.
- Carmo, H.; Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação - Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, A.; Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, C., Silva, I., Nunes, M. & Paz, S. (2010). *Luto por Morte Peri-natal*. Publicação do Congresso Emoções em Saúde. Editora Corrente Dinâmica, p.169-180.
- Chalifour, J. (1993). *Exercices et réflexion sur la relation d'aide*. Québec: Gaetan Morin.

- Chiavenato, I. (1999). *Administração nos Novos Tempos*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- CIPE - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (2006) versão 1.0, Lisboa: ordem dos enfermeiros. (Obra original em inglês publicada em 2005).
- Collière, M. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757- 109-3.
- Colman, L., e Colman, A. (1994). *Gravidez: A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A. e Figueiredo, B. (2003). *Ansiedade na Gravidez: Factores de Risco e Implicações para a Saúde e Bem-estar da Mãe*. Psiquiatria Clínica. Coimbra.
- Cordeiro, J. (1986). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cordeiro, J. (2002). *Manual de Psiquiatria Clínica*. 2ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Decreto de lei nº 104/98 de 21 de Abril – *Criação da Ordem dos Enfermeiros*, recuperado a 05 de Julho 2012, disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/legislacao/Paginas/legislacaoOE>
- Dent, A.; Stewart, A. (1994). *At a Loss - Bereavement Care when a Baby Dies*. Londres: Baillière Tindall.
- DGS - Direcção Geral de Saúde. (2003). *Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Circular normativa nº 09/DGCG, de 14/06/2003. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Ministério da Saúde.
- Dias, M. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências*. Loures: Lusociência.
- Duarte, T. (2010). *Luto por Perda Fetal*. Publicação do Congresso Emoções em Saúde. Editora Corrente Dinâmica, p. 161-167.
- Fatia, A. (2008) - *Uma Mão Cheia de Nada - Vivências da Mulher Submetida a Interrupção Médica da Gravidez por Malformações Fetais*. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de Mestrado consultado em 20 de Dezembro de 2012, disponível em: www.teses.ups.br
- Fernandes, M. (1998). *Metodologia de Projeto*. Revista Servir, p. 233-236. Recuperado a 06 de Janeiro 2013, disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- Filho, G. (1990). *O que fazer da literatura sobre a satisfação do utente: uma proposta para os serviços*. Lisboa: Revista Portuguesa de Saúde Pública. ISSN 0870-9205.

- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação da conceção à realização*. Lisboa: Lusociência.
- Frederico, M, Leitão, M. (1999). *Princípio de Administração para Enfermeiros*. (1.ªed.) Coimbra: Formasau-Formação e Saúde Lda.
- Frias, A. (2009). *Fazer um ser pelo nascer: influência do método psicoprofilático na preparação para o nascimento*. Tese de Doutoramento em Psicologia, Universidade de Évora.
- Ginecologia, (2011). Registo de Dados Estatísticos do Serviço Ginecologia do Hospital do Barlavento Algarvio. Portimão.
- Ginecologia, (2012). Registo de Dados Estatísticos do Serviço Ginecologia do Hospital do Barlavento Algarvio. Portimão.
- Graça, L. (2000), (2ª edição). *Medicina Materno-Fetal 1*. Lisboa: Lidel.
- Hesbenn, W. (1997). *Cuidar no hospital*. Loures: Lusociência.
- Hesbenn, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Huntington, A. (2002). *Working with women experiencing mid-trimester termination of pregnancy: the integration of nursing and feminist knowledge in the gynaecological setting*. Journal of Clinical Nursing. Recuperado a 03 Março de 2012. Retrieved from EBSCOhost
- Instituto Nacional de Estatística (2010). *Óbitos fetais por local de residência da mãe*. Recuperado a 15 de Julho de 2012, disponível em: <http://www.ine.pt>
- International Confederation of Midwives (2002). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. Recuperado a 22 de Janeiro de 2013, disponível em: Http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Compsenglish_2002-JF_2007%20FINAL.pdf
- Kitzinger, S. (1978). *Mães: Um Estudo Antropológico da Maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Lautert, L., Chaves, E. H. & Moura, G. M. (1999). *O estresse na actividade gerencial do enfermeiro*. Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health, p.415-425. Recuperado a 18 de Dezembro 2012, disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Lowdwer milk, D.; Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.

- Maldonado, M. (1985). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. 7ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes.
- Martinez, M. (1989). *Comportamiento human, nuevos métodos de investigación*. México: Editorial Trillas.
- Mintzberg, H. (2004). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. (3ª.ed.). Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Nazaré, B., Fonseca, A., Pedrosa, A & Canavarro, M. (2010). *Avaliação e Intervenção Psicológica na Perda Gestacional*. Revista Peritia. V.3, p.37-46. Recuperado a 14 de Agosto 2012, disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- O'reilly, B.; Bottomley, C.; Rymer, J. (2008). *Ginecologia e Obstetrícia*. Lusodidacta.
- Ogdem, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original em Inglês 1998)
- Oliveira, A. (1995). *Perceção da morte: a realidade interdita*. Lisboa: Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa. Tese de Mestrado consultado em 03 de Janeiro de 2013 através de www.teses.ups.br
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Recuperado a 23 de Dezembro de 2012, disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Recuperado a 12 de Agosto de 2012, disponível em: Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal
- Ordem dos Enfermeiros, (2007). *Proposta de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa. Recuperado a 12 de Agosto de 2012, disponível em: <http://cogitare.forumenfermagem.org/2007/11/24/competencias-do-enfermeiro-especialista-em-saude-materna-e-obstetrica/>
- Ordem dos Enfermeiros, (2011). Regulamento nº127/2011 – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Decreto-Lei nº127/2011. DR. 2ªSérie. 35 (11/02/18). Recuperado a 12 de Agosto de 2012, disponível em: <http://dre.pt>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

- Pinto, M. (2005). *Interrupção Médica da Gravidez após Diagnóstico Pré-Natal de Doença Fetal ou Materna - Um Estudo numa Maternidade Pública de Lisboa*. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de Mestrado consultado em 24 de Agosto de 2012 através de www.teses.ups.br
- Pires, C. (2010). *Luto: Processo de Viver a Morte*. Publicação do Congresso Emoções em Saúde. Editora Corrente Dinâmica, p. 143-150.
- Pocinho, M. (1999). *A Música na Relação Mãe-Bebé*. Instituto Piaget.
- Portugal, Ministério da Saúde – *Decreto-Lei n.º 437/91*, Diário da Republica, 1.ª série, n.º 257 de 8 de Novembro de 1991.
- Portugal, Ministério da Saúde – *Decreto-Lei n.º 248/2009*, Diário da Republica, 1.ª série, n.º 184 de 8 de 22 de Setembro de 2009.
- Portugal, Ministério da Saúde – *Decreto-Lei n.º 127/2011*, Diário da Republica, 2.ª série, n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011.
- Ribeiro, P. (2000). *Um "olhar" sobre o cuidar em enfermagem*. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de Mestrado consultado em 24 de Agosto de 2012 através de www.teses.ups.br
- Rolim, L.; Canavarro, M. (2001). *Perdas e Luto durante a Gravidez e o Puerpério - Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sousa, L.; Pereira, M. (2010). *Interrupção da Gravidez por Malformação Congénita: A Perspectiva da mulher*. Psicologia, saúde e doenças. Hospital Escala, Braga, Portugal. p. 229-242.
- Stern, D.; Stern, N. (2000). *O Nascimento de Uma Mãe*. Editora: Ambar, p. 215
- Zugaib, M. (2008). *Zugaib obstetrícia*. 1ª edição. São Paulo: Manole.

Apêndices

Apêndice A – Projeto de candidatura/projeto

**MESTRADO****PROPOSTA DE DISSERTAÇÃO,
ESTÁGIO, TRABALHO DE PROJETO, RELATÓRIO PROFISSIONAL****APROVAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA****PARECER DO DIRETOR DE CURSO****IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO****Nome** Sandra Isabel Batista Capucho**Telefone** 967430089 **E-mail** sandra-cap@hotmail.com**Curso:** Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**Nº Matricula** 7527 **Edição** (Ano Letivo em que iniciou o Mestrado) 2010**IDENTIFICAÇÃO DO ORIENTADOR (ANEXAR DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO)****Orientador** Professora Maria Otilia Brites Zangão**Universidade/Instituição** UÉ/ ESESJD**Telefone** 266730300 **E-mail** otiliaz@uevora.pt**TÍTULO DA TESE/DISSERTAÇÃO/ESTÁGIO/PROJETO TRABALHO/RELATÓRIO PROFISSIONAL****Título** Intervenção em mulheres com interrupção terapêutica da gravidez

A Interrupção Terapêutica da Gravidez (ITG), segundo a Organização Mundial da Saúde, ocorre antes de 20 – 22 semanas ou com peso fetal inferior a 500g (World Health Organization, 1977).

Nas últimas décadas do século XX, com avanços tecnológicos, houve um conhecimento mais amplo da vida intra-uterina, permitindo destetar anomalias do desenvolvimento do feto na gravidez, de acordo com o nº 3 do Art.º142 do Código Penal. “O Diagnóstico Pré-Natal (DPN) constitui uma espada de dois gumes ao tornar possível o diagnóstico de saúde do feto, in útero, colocando os progenitores perante decisões que serão para alguns as mais difíceis da sua vida (...) segundo Sthatam (1992)”, citado por Sousa & Pereira (2010, p.229). A Interrupção Terapêutica da Gravidez surge quando há problemas de saúde identificados na mulher e/ou no feto que comprometem a evolução da gravidez.

A perda gestacional constitui um acontecimento potencialmente traumático, devido ao seu carácter normalmente inesperado e imprevisível, segundo Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro (2010, p.37). O sofrimento da mulher/casal pela perda do filho não depende unicamente do tempo de gestação, mas também do “...*grau de ligação afetiva ao bebé e do investimento colocado na gravidez...*” (Canavarro, 2001, p.259). Este conceito de ligação está relacionado com os sentimentos que são envolvidos durante a gravidez. A maioria dos casais quando se vêem numa situação de ITG sentem-se sozinhos, angustiados e sem saber o que fazer. É necessário que no internamento, onde vai decorrer todo o processo, obtenham orientação competente e ponderada para evitar sofrimentos desnecessários. Segundo Stern, Stern (2000, p. 271) “*O processo de luto é um trabalho pessoal de adaptação à perda...*”, envolve sentimentos muito profundos e dolorosos, mas que são essenciais experienciar para superar a perda através do recurso a mecanismos intrínsecos a cada pessoa. O luto após uma perda é normal e saudável, sendo necessária a sua realização para manter o equilíbrio psicológico do indivíduo.

Os profissionais de saúde, por vezes, não estão preparados para lidar com estas situações e não o fazem da forma mais adequada. Quantas vezes sentem a sensação de fracasso perante estas situações e adotam posturas pouco éticas, tais como: afastam-se, não sabem o que dizer nestes momentos, quando o devem ser capazes de estar com eles e dar apoio, mas mantendo a devida distância para que não se envolvam.

Os EESMO possuem um conjunto de conhecimentos, capacidades e competências que mobilizam em contexto da prática, permitindo ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo, atuando nos diferentes níveis de prevenção, tal como está regulamentado no regulamento nº 127/2011 publicado no Diário da República, 2º série, nº 35, de 18 de Fevereiro de 2011, ou seja, na competência “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto”, onde a unidade de competência é “Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto”, tendo como critério de avaliação “concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos” e ainda na competência “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”, sendo a unidade de competência “Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal”.

A equipa multidisciplinar do serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA) deve ajudar/apoiar a mulher/casal que passam pela experiência da perda de um filho, tendo como finalidade, “...*garantir a sua adaptação, ajudar a restabelecer os habituais padrões de funcionamento individual e familiar, prevenir recaídas emocionais... e facilitar a construção de alternativas de vida, encontrando novos significados e restabelecendo a sensação de controlo*” (Canavarro, 2001, p.288). “O planeamento de programas de intervenção precoce que visem a educação do casal na adoção de comportamentos e atitudes adequadas ao desenvolvimento de respostas adaptativas, ajudarão o casal a encontrar novos significados e retomar o controlo das suas vidas”, como refere Sousa & Pereira (2010, p.240).

Esta intervenção é importante no serviço de Ginecologia do CHBA para apoiar/ajudar estes casais de modo a satisfazer as suas necessidades, porque o sofrimento psicológico pode ter efeito negativo na sua recuperação. Pretendo contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à mulher/casal que são submetidas a Interrupção Terapêutica da Gravidez, de modo a possibilitar uma melhoria durante o internamento e o seu encaminhamento.

Objetivo Geral:

- Melhorar as condições estruturais e relacionais no serviço de ginecologia do CHBA para mulheres sujeitas a ITG

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar a equipa para desenvolver conhecimentos e competências, não apenas ao nível do saber-saber mas também ao nível do saber-estar nas ITG;
- Sensibilizar a mulher/casal para apoio existente no serviço;
- Melhorar a estrutura orgânica e física do Serviço de Ginecologia, no sentido de facilitar o seu internamento;
- Criar uma norma de procedimentos, de forma a uniformizar procedimentos a mulheres com ITG.

Atividades preparatórias:

- Reunião com a enfermeira chefe e com o diretor de serviço, no sentido de dar a conhecer o projeto;
- Pedir autorização ao conselho de administração do CHBA para a realização da intervenção;
- Reunião com a equipa de psicologia do CHBA para dar a conhecer o projeto e solicitar colaboração no serviço.

Atividades de execução:

Objetivo: Sensibilizar a equipa para desenvolver conhecimentos e competências, não apenas ao nível do saber-saber mas também ao nível do saber-estar.

População: Equipa de Enfermagem, Equipa de Assistentes Operacionais

Atividades Execução	Estratégias	Recursos	Período
<p>- Promoção de um acolhimento personalizado a mulheres sujeitas a ITG;</p> <p>- Identificação das necessidades das mulheres sujeitas a ITG;</p> <p>- Motivação da equipa para a importância em apoiar estas mulheres;</p>	<p>- Realização de entrevista a mulheres sujeitas a ITG para identificar como gostariam de ser acolhidas no serviço, quer estruturalmente, quer pela equipa;</p> <p>- Planeamento da formação em serviço de acordo com o resultado da entrevista;</p> <p>- Realização da ação de sensibilização á equipa de enfermagem e assistentes operacionais;</p> <p>- Elaboração e apresentação á equipa de uma norma para uniformizar os procedimentos.</p>	<p>Humanos:</p> <p>- Equipa de Enfermagem e equipa de assistentes operacionais do serviço Ginecologia</p> <p>Físico:</p> <p>- Gabinete do serviço de ginecologia</p> <p>Materiais:</p> <p>- Bibliografia</p>	<p>Fevereiro a Abril 2012</p>

Objetivo: Sensibilizar a mulher/casal para apoio existente no serviço.

População: Mulher/casal, Equipa de Enfermagem, Psicologia

Atividades Execução	Estratégias	Recursos	Período
<p>-Relação de ajuda da equipa para a mulher/casal;</p> <p>-Informação do casal para o apoio existente no hospital;</p> <p>-Referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde.</p>	<p>- Preparação de ambiente propício ao desenvolvimento da relação de ajuda á mulher/casal;</p> <p>-Planeamento de articulação entre a psicóloga e o serviço;</p> <p>-Elaboração de dossier com registo de contacto das mulheres que viveram a mesma situação;</p> <p>- Criação de grupo de ajuda (outras mulheres/casais que viveram a mesma situação);</p> <p>- Elaboração de um folheto informativo para entregar as utentes.</p>	<p>Humanos:</p> <p>-Equipa Enfermagem, Psicóloga e mulher/casal</p> <p>Materiais:</p> <p>- Bibliografia</p> <p>Físicos:</p> <p>- Espaço para a realização de relação de ajuda</p>	<p>Janeiro a Maio 2012</p>

Objetivo: Melhorar a estrutura orgânica e física do Serviço de Ginecologia, no sentido de facilitar o seu internamento

População: Enfermeiros do serviço

Atividades Execução	Estratégias	Recursos	Período
<p>- Proporcionar um ambiente calmo e familiar;</p> <p>-Minimizar o impacto negativo da utente provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência a saúde.</p>	<p>-Disponibilizar um espaço confortável e acolhedor no serviço mantendo o contacto entre família/hospital;</p> <p>-Alteração das cores da enfermaria de acordo com um estudo de cromoterapia;</p> <p>-Enfermaria adequadamente decorada e acolhedora.</p>	<p>Humanos:</p> <p>-equipa de enfermagem</p> <p>-Serviços técnicos do hospital</p> <p>Materiais:</p> <p>-Material de decoração</p> <p>-Angaria patrocinadores</p> <p>Físicos:</p> <p>-Enfermaria disponibilizada para as utentes de ITG</p>	<p>Fevereiro a Maio 2012</p>

Objetivo: Criar uma norma de procedimentos, de forma a uniformizar procedimentos a mulheres com ITG.

População: Equipa Enfermagem e Médica, Administração CHBA

Atividades Execução	Estratégias	Recursos	Período
-Uniformização de procedimentos a mulheres sujeitas a ITG	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de uma norma no serviço de referênciação as mulheres com ITG; - Apresentação da norma á equipa de enfermagem, médica e á administração do CHBA; - Implementação da norma no serviço. 	Humanos: -Equipa de enfermagem e médica, administração do CHBA	Dezembro 2011 a Janeiro 2012

Atividades de avaliação:

- Elaboração e aplicação de uma ficha de opinião às mulheres sujeitas, a ITG, sobre o seu internamento no serviço de Ginecologia do CHBA;
- Analise das opiniões das utentes;
- Proceder a alterações da norma de acordo com os dados recolhidos.

PLANO

Atividades	Período
Realização de pesquisa bibliográfica em bases científicas sobre o tema delineado.	Outubro/Novembro 2011
Reunião com a enfermeira chefe e com o diretor de serviço, no sentido de dar a conhecer o projeto;	Outubro/Novembro 2011
Pedir autorização ao conselho de administração do CHBA para a realização da intervenção	Dezembro 2011 e Janeiro 2012
Apresentação do projeto à equipa de enfermagem	Janeiro 2012
Realização de formação às colegas sobre o tema do projeto	Fev/ Março 2012
Reunião coma equipa de psicologia do CHBA para dar a conhecer o projeto e solicitar colaboração no serviço.	Fev/Março 2012
Elaboração folheto informativo para entregar as utentes.	Abril/Maio 2012
Redação do relatório final	Maio/Junho de 2012
Entrega do relatório final	Julho a Setembro 2012

Bibliografia:

-Canavarro, M. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

-Nazaré, B., Fonseca, A., Pedrosa, A & Canavarro, M. (2010). Avaliação e Intervenção Psicológica na Perda Gestacional. *Revista Peritia*. V.3, p.37-46. Disponível em: <http://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14322/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20e%20interven%C3%A7%C3%A3o%20psicol%C3%B3gica%20na%20perda%20gestacional.pdf>

- Portugal. **Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento n.º 127/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.**- Stern,D.; Stern,N., (2000). *O Nascimento de Uma Mãe*. Editora: Ambar.

- Sousa, L. & Pereira, M., (2010). *Interrupção da gravidez por Malformações congénita: A perspectiva da mulher*. Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.

- World Health Organization (1977). Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*

Apêndice B – Organograma Funcional do Serviço de Ginecologia



HOSPITAL BARLAVENTO ALGARVIO, S.A.

ORGANOGRAMA TÉCNICO-FUNCIONAL DE ENFERMAGEM

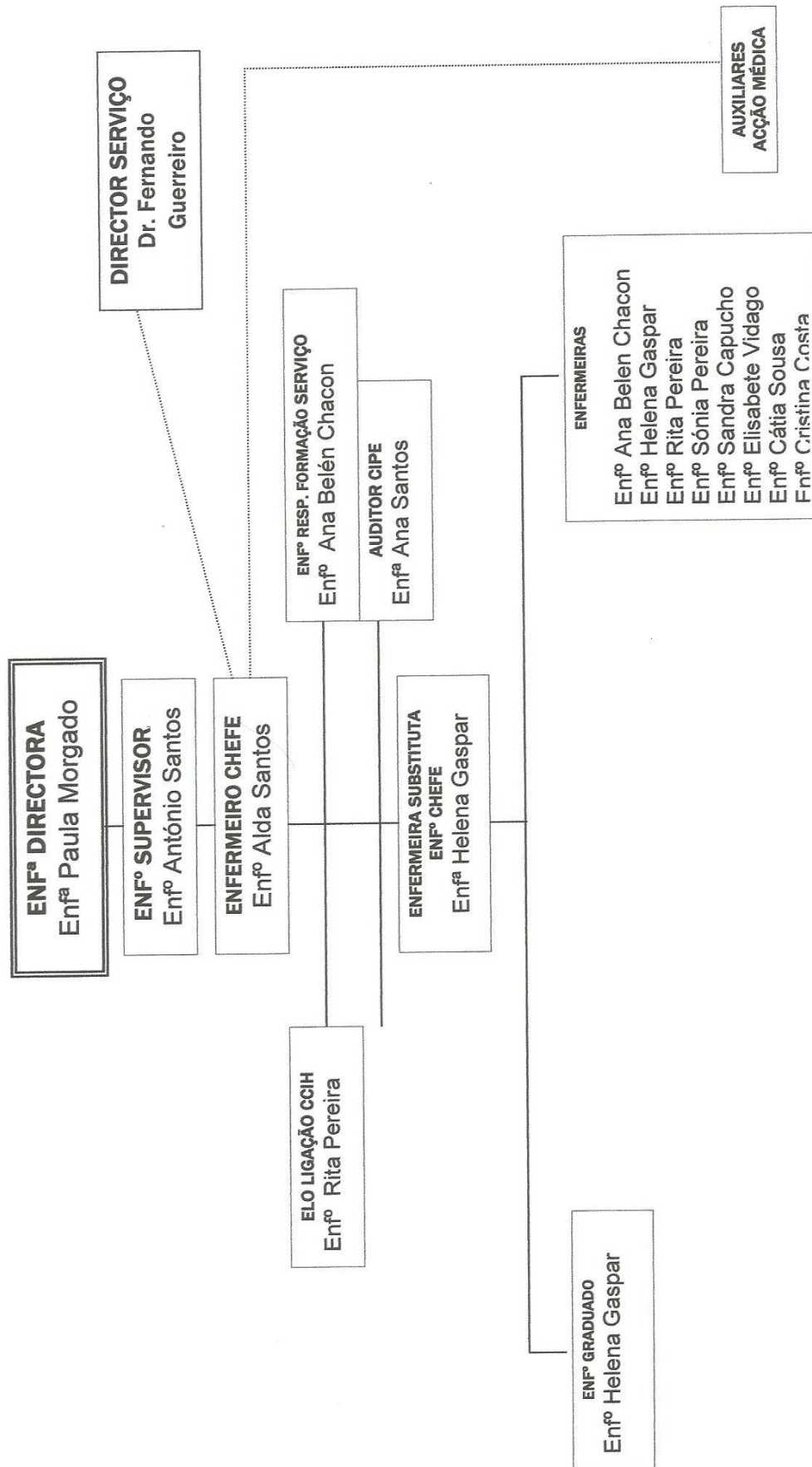
UNIDADE de INTERNAMENTO de GINECOLOGIA

DATA DA APROVAÇÃO - 14/04/20010

APROVADO:

Pág. 1/1

Versão nº 2



NOTA:

- A rever quando se verificarem alterações de pessoal e/ou funções.

Apêndice C – Consentimento para a Interrupção Terapêutica da Gravidez



REGISTO DA INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ

Os dados contidos neste registo são anónimos e não podem ser tornados públicos de forma individualizada em nenhuma circunstância. Serão utilizados apenas com fins estatísticos de saúde pública.

Motivo	Descrição	Acesso ao serviço para a interrupção da gravidez
1	Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da grávida	1 Encaminhamento do Centro de Saúde
2	Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	2 Encaminhamento do Hospital Público
3	Grave doença ou malformação congénita do nascituro	3 Encaminhamento de clínica / médico privado
4	Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	4 Iniciativa própria
5	Por opção da mulher	5 Outro

IDADE

NACIONALIDADE

1	Portuguesa
2	Outra

Se outra Nacionalidade, qual?

DISTRITO DE RESIDÊNCIA

CONCELHO DE RESIDÊNCIA

VIVE EM CASAL

1	Sim
2	Não

ESTADO CIVIL

1	Solteira
2	Casada
3	Viuva
4	Divorciada
5	Separada

NÍVEL DE INSTRUÇÃO CONCLUÍDO

1	Não sabe ler nem escrever
2	Sabe ler sem ter frequentado a escola
3	Ensino Básico - 1.º Ciclo
4	Ensino Básico - 2.º Ciclo
5	Ensino Básico - 3.º Ciclo
6	Ensino Secundário
7	Ensino Superior

SITUAÇÃO LABORAL

Grávida	Companheiro (caso exista)	
1	Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	1
2	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	2
3	Técnicos e Profissionais de Nível Intermediário	3
4	Pessoal Administrativo, Serviços e similares	4
5	Agricultores, Operários, Artífices e outros Trabalhadores Qualificados	5
6	Forças militares e militarizadas	6
7	Trabalhadores não qualificados	7
8	Trabalho doméstico não remunerado	8
9	Estudante	9
10	Desempregado	10

Grupo Sanguíneo

N.º DE FILHOS

Ano do último parto (aaaa)

N.º Interrupções da gravidez anteriores

Ano da última interrupção da gravidez (aaaa)

No último ano esteve numa consulta para a utilização ou controlo de métodos contraceptivos?

1	Sim
2	Não

(se SIM) Especifique:

1	Público - Centro de Saúde	3	Privado
2	Público - Hospitais	4	Outro

Dias de espera para a consulta prévia

Data da consulta prévia

aaaa-mm-dd

Data da intervenção/medicação inicial

Semanas de gestação no momento da intervenção

aaaa-mm-dd

Procedimento utilizado na interrupção da gravidez

1	Cirúrgico com anestesia local
2	Cirúrgico com anestesia geral
3	Medicamentoso
4	Outro

Método contraceptivo prescrito após a interrupção da gravidez

1	CIU
2	Implante
3	Hormonal, oral ou injetável
4	Ligadura de trompas
5	Outro
6	Nenhum

Apêndice D – Protocolo do Serviço de Ginecologia



Hospital do Barlavento Algarvio

PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO

N.º 3 137-06-N

FOLHA

1

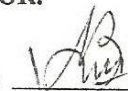
DATA: 30/11/00


ASSUNTO:


PROTOCOLO DE ARTICULAÇÃO ENTRE:

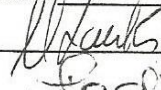
BLOCO DE PARTOS
U. I de OBSTETRÍCIA
U. I de NEONATOLOGIA
U. I de GINECOLOGIA

ELABORADA POR:

Director S. Obstetrícia/Ginec. 

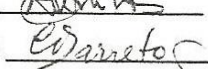
Director S. Pediatria/Neonat. 

Responsável UI Obstetrícia 

Responsável B.Partos 

Enfª Chefe B.Partos 

Enfª Chefe U.I.Obstetrícia 

Enfª Chefe U.I Ginecologia 

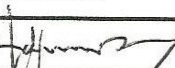
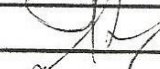

Enfª Chefe U.I Neonatologia 

Em:30/11/00

DIVULGAÇÃO:

Bloco de Partos; UI Obstetrícia; UI Ginecologia; UI Neonatologia

APROVADA POR:

Em: 22/01/01

ENTRADA EM VIGOR:

Imediata

SUBSTITUI:

A REVER EM:

Novembro 2001

OBJECTIVO

Normalizar procedimentos na articulação entre os serviços de Obstetrícia/Ginecologia e Pediatria/Neonatologia

DESTINATÁRIOS

Profissionais de saúde dos serviços de Obstetrícia/Ginecologia e Pediatria/Neonatologia

PROCEDIMENTOS

1. A utente dirige-se ao bloco de partos com boletim de admissão da urgência geral
2. Dar cumprimento ao Protocolo de actuação 3 "Acompanhamento de grávidas" (Anexo I)
3. Decidido o internamento, os objectos e valores pessoais são devidamente identificados e entregues na U.I. pela AAM

A) BLOCO DE PARTOS\UI OBSTETRÍCIA

- A utente com idade gestacional superior a 22 semanas é observada e admitida no BP
 - Manter o acompanhante/família informada
 - Efectuar processo de internamento com registos médico e de enfermagem
 - Efectuar a colheita de dados
 - Administrar medicação urgente
 - Efectuar colheitas de espécimens para análises clínicas urgentes e enviar ao laboratório
 - Efectuar exames complementares de diagnóstico urgentes

- De acordo com indicação médica, é efectuada transferência para a U.I.
 - Acompanhamento efectuado pela enfermeiro e AAM
 - Entregue à enfermeiro responsável e transmitidas as informações necessárias
 - Os valores e objectos pessoais devem ser entregues na UI devidamente identificados

- As grávidas internadas nas UI deverão ser observadas e avaliadas pela enfermeiro especialista do BP escalada para o efeito, dando cumprimento ao documento "Padrões de cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica", homologado pelo CA, em 17/1/00.

(AnexoII)

- O enfermeiro chefe do BP elabora escala diária responsabilizando uma enfermeiro especialista em SMO pelas UI
- O enfermeiro especialista em SMO deverá, no início de cada turno tomar conhecimento das grávidas internadas
- O enfermeiro especialista em SMO deverá dirigir-se à UI sempre que necessário

- Indução do Trabalho de Parto

- 1 São efectuadas no Bloco de Partos, inclusivamente as grávidas internadas na U.I. **Obstetrícia**
2. Se o médico, excepcionalmente, decidir induzir trabalho de parto a grávidas na U.I. obstetrícia:
 - A enfermeira da U.I contacta o Bloco de Partos e de imediato transfere a grávida, logo que esta refira queixas

PROTOCOLO DE ARTICULAÇÃO ENTRE: BLOCO DE PARTOS U. I de OBSTETRÍCIA U. I de NEONATOLOGIA U. I de GINECOLOGIA	N.º ___ / ___ DATA: 30 /11/00	FOLHA 3
---	----------------------------------	--------------------------

- A grávida em trabalho de parto:

- Após observação e admissão, a AAM dirige-se à UI com os valores e objectos pessoais, onde será atribuída uma cama à utente
- O familiar pode acompanhar a AAM à UI para poder tomar conhecimento da cama e da sala, fazer o berço e arrumar o saco da utente
- Se a situação obstétrica o permitir, a grávida pode acompanhar a AAM e familiarizar-se com o ambiente da unidade

- A Puérpera:

Parto eutócico e distócico por Forceps ou Ventosa

- A transferência é efectuada após o puerpério imediato, com indicação médica (2 horas após o parto)
- Avaliação e registos de enfermagem efectuados de acordo com as Normas do serviço
- Comunicar à UI para proceder à transferência da utente
- O tranfer deve ser efectuado pela enfermeira e AAM do BP e enfermeira e AAM da UI, sendo transmitidas as informações necessárias
- RN é transferido com a mãe, na cama

Parto distócico por Cesariana

- A transferência é efectuada duas horas após a chegada ao BP, com indicação médica
- O restante procedimento é igual às situações anteriores

B) BLOCO DE PARTOS\UI GINECOLOGIA

- A utente com afecção ginecológica e a grávida com IG inferior ou igual a 22 semanas é observada e admitida no BP

- Manter o acompanhante/família informada
- Efectuar processo de internamento com registos médico e de enfermagem
- Efectuar a colheita de dados
- Administrar medicação urgente
- Efectuar colheitas de especimens para análises clínicas urgentes e enviar ao laboratório
- Efectuar exames complementares de diagnóstico urgentes

- A puérpera de feto/nado morto, deve ser internada na U.I de Ginecologia para que o ambiente ajude na sua recuperação emocional.

- De acordo com indicação médica, é efectuada transferência para a U.I.

➤ Acompanhamento efectuado pela enfermeiro e AAM

➤ Entregue à enfermeiro responsável e transmitidas as informações necessárias

➤ Os valores e objectos pessoais devem ser entregues na UI devidamente identificados

- As utentes internadas nas UI deverão ser observadas e avaliadas pela enfermeiro especialista do BP escalada para o efeito, dando cumprimento ao documento "Padrões de cuidados de enfermagem de saúde materna e obstetrica", homologado pelo CA, em 17/1/00.

(AnexoII)

➤ O enfermeiro chefe do BP elabora escala diária responsabilizando uma enfermeiro especialista em SMO pelas UI

- **Fetos Mortos:**

➤ Cumprir protocolo de "Estudo de fetos mortos ou RNs falecidos no periodo neonatal precoce"

(Anexo III)

➤ A expulsão do feto na UI pressupõe:

1- A Enf^a da UI comunica ao médico pediatra

2- Depois da avaliação do feto é determinado o encaminhamento do feto:

a) Estudo

b) Incineração

c) Autópsia

» Se for decidido incineração, a UI deverá proceder ao seu acondicionamento e envio

» Se for decidido autópsia, a U.I. deverá proceder ao seu acondicionamento; envio e restante burocracia

» Se for decidido estudo, a U.I. deverá proceder ao seu acondicionamento; identificação; registos. Acondicionar no Bloco de Partos conforme indicação do Pediatra, comunicando à enfermeira responsável de equipa do Bloco de Partos.

PROTOCOLO DE ARTICULAÇÃO ENTRE:
BLOCO DE PARTOS
U. I de OBSTETRÍCIA
U. I de NEONATOLOGIA
U. I de GINECOLOGIA

N.º ___ / ___

DATA: 30 /11/00

FOLHA
5

C) GINECOLOGIA\OBSTETRÍCIA

- A grávida internada na UI de Ginecologia, cuja IG ultrapasse as 22 semanas, é transferida para a UI de Obstetrícia, segundo indicação médica:

- A Enfª da UI de Ginecologia comunica que se vai proceder à transferência
- A Enfª acompanha a utente à UI de Obstetrícia, transmitindo toda a informação necessária
- Os valores e objectos pessoais devem ser entregues na UI, devidamente identificados

D) OBSTETRÍCIA\UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS

- RNs que após indicação do pediatra, são transferidos duma UI para outra :

- A enfª deve comunicar à enfª da unidade receptora que se vai proceder à transferência da criança
- A criança é transferida acompanhada pelo enfº, que levará o processo devidamente identificado e com os registos actualizados

- Vacinação e Teste de Diagnóstico Precoce

- As vacinas e o TDP é efectuado pelos enfos de cada UI
- As vacinas encontram-se acondicionadas no frigorífico da UI de Obstetrícia

E) BLOCO DE PARTOS\ UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS

- Em situações de risco, a enfermeira do Bloco de partos contacta o pediatra e após o nascimento, a criança é avaliada e este decide a permanencia da criança junto da mãe ou a sua ida para a UCE

- Se a situação clinica o permitir:

- São prestados os cuidados imediatos ao RN, conforme norma de serviço
- Lavagem gástrica, se necessário, com a introdução de Jextrose 5% no estomago
- Iniciar a relação precoce mãe\filho e família
- Colher sangue do cordão umbilical, se necessário e enviar ao Labº
- Efectuar os registos de observação e dos procedimentos

PROTOCOLO DE ARTICULAÇÃO ENTRE: BLOCO DE PARTOS U. I de OBSTETRÍCIA U. I de NEONATOLOGIA U. I de GINECOLOGIA	N.º ___/___ DATA: 30 /11/00	FOLHA 6
---	--------------------------------	-------------------

- Transportar a criança para a UCE acompanhada de enf^a, em berço previamente aquecido, ou incubadora, com processo devidamente preenchido e identificado
- Informar mãe e família da situação clínica da criança
- O pai poderá visitar a criança e permanecer junto dele logo que a situação o permita

- Se a situação clínica for crítica:
 - A situação clínica é avaliada pelo médico pediatra que decide:
 - Manobras de reanimação
 - Cuidados imediatos
 - Transferência para a UCE em berço pré-aquecido ou incubadora.
 - com processo devidamente preenchido e identificado e
 - com os registos de todas as observações e procedimentos
 - Informar mãe e família da situação clínica da criança
 - pai poderá visitar a criança e permanecer junto dele logo que a situação o permita

Protocolo de Estudo de Fetos Mortos ou RN Falecidos no Período Neonatal Precoce

NORMA 1

Feto Morto ou RN Falecido no Período Neonatal Precoce
(1^{as} 168 Horas de vida)

Sem Anomalias

Observação pelo Pediatra de serviço
↓
Pesar
↓
História Clínica
↓
Se feto morto: Arquivar no dossier
"Fetos Mortos"
↓
Pedir autópsia no HDP sempre que se
justifique

Com Anomalias ou Suspeita

Observação imediata pelo Pediatra de
serviço
↓
Pesar
↓
Medir: Comp./P.C./Pé/Crânio-Caudal
↓
Colheitas de sangue por punção
cardíaca e do cordão, e/ou outros
líquidos orgânicos, (NORMA 2),
excepto se morte "In Utero" > 48 Horas
↓
Fotografias
↓
RX do esqueleto 2pp (bem posicionado
e em duplicado)
↓
Envio para Fetopatologia (Hospital
Egas Moniz), independentemente da
idade gestacional (D.L. n.º 411/98 de
30/12, art.º 7º) inclui placenta !
↓
Inquérito de anomalias congénitas
↓
Declaração de doação assinada pela
mãe (se I.G. < 22 semanas)

Notas:

- * Todos os impressos estão na pasta de Anomalias Congénitas, ao lado do dossier dos Fetos Mortos, no Serviço de Obstetria.
- * O Material para colheitas está em tabuleiro próprio na Sala de Reanimação do RN.
- * Para transporte em ambulância ou outra viatura hospitalar (D.L. n.º 411/98 de 30/12, art.º 7º), deverá ser contactado o Serviço de Admissão de Doentes.

Protocolo de Estudo de Fetos Mortos ou RN Falecidos no Período Neonatal Precoce

NORMA 2

COLHEITAS

A - SANGUE: Por punção cardíaca + sangue do cordão

1 - CARIOTIPO

- Colheita asséptica
- 1 a 4 ml de sangue
- tubo de heparina sódica ou litio
- não encostar a seringa ao tubo e agitar ligeiramente
- conservar à temperatura ambiente
- **ENVIO – É MUITO URGENTE** – segue sempre no transporte do mesmo dia (dia útil), ou logo que possível, devendo chegar ao Hospital Egas Moniz, até às 14H00 com:
 - Pedido de transporte (de sangue para análise do feto de ... vinheta)
 - Termo de responsabilidade (se não assinado, pode seguir no dia seguinte)
 - Informação clínica dirigida a:

SERVICO DE GENÉTICA MÉDICA
HOSPITAL EGAS MONIZ

2 - SEROLOGIA TORSCH

- 3 a 5 ml de sangue
- tubo seco
- preencher inquérito do Instituto Ricardo Jorge
- preencher requisição do HDP com pedido de Serologia para Rubéola, Toxoplasmose, Citomegalovirus, Herpes
- enviar para o Laboratório do HDP

3 - COLHEITA PARA CARTÃO DE DIAGNÓSTICO PRECOCE

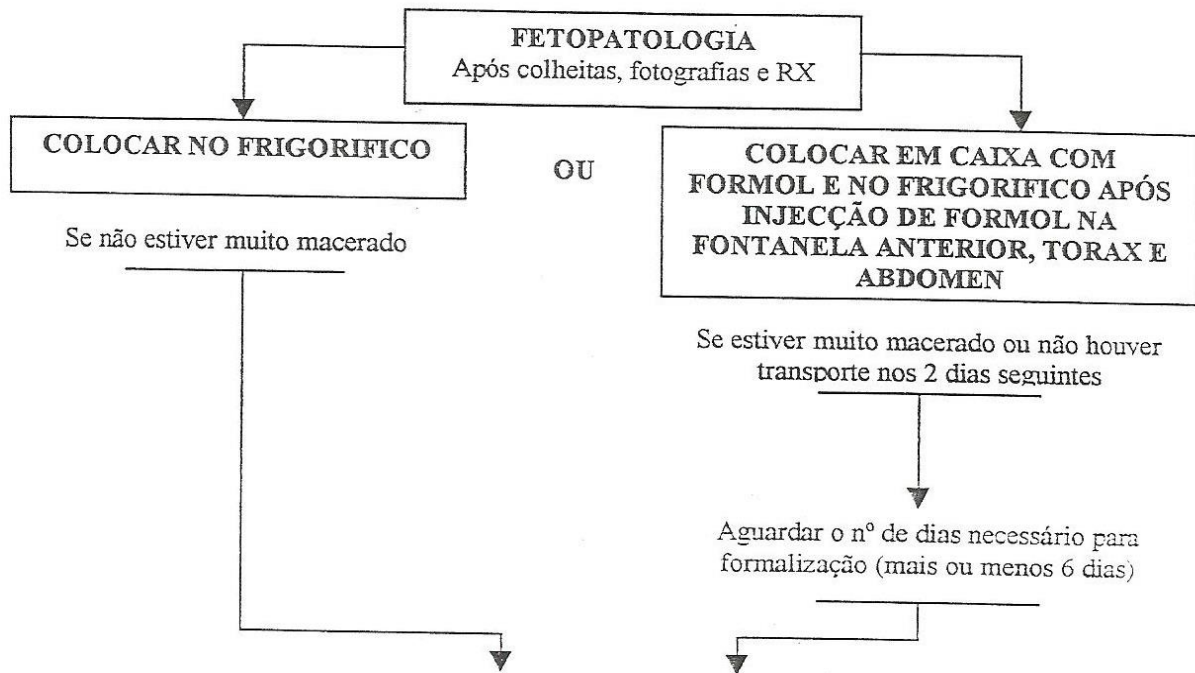
- colocar em envelope e juntar ao inquérito de anomalias

B - OUTROS LÍQUIDOS: Para CARIOTIPO

- Líquido amniótico
- Punção de Hígroma Quísticos, Líquor, Líquido Ascítico, Urina, etc. (colheita asséptica)
- Enviar na seringa, com agulha bem tapada
- Conservação e envio como sangue para Cariotipo

Protocolo de Estudo de Fetos Mortos ou RN Falecidos no Período Neonatal Precoce

NORMA 3



IMEDIATAMENTE ANTES DO TRANSPORTE:

- Retirar o feto do frigorífico (e do formol)
- Colocar dentro de saco de plástico em mala térmica com termoacumulador de gelo, e etiqueta com identificação
- Fechar bem a mala térmica com adesivos e colocar a etiqueta:

PRODUTO PARA ANATOMIA PATOLÓGICA
NÃO ABRIR

- Enviar para:

SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA
(AO CUIDADO DA Dr^a LUCÍLIA CARVALHO)
HOSPITAL EGAS MONIZ

COM:

Pedido de transporte = pedido de transporte de doente

~~Termo de Responsabilidade~~

Declaração de Doação assinada pela mãe (se IG < 22 semanas)

RX do esqueleto

Relatório Clínico dirigido à Dr^a Lucília Carvalho

Se feto morto \geq 22 semanas ou \geq a 500gr no início do dia do

transporte, enviar o Serviço de Anatomia Patológica do Hospital

Egas Moniz, de que vai seguir, devido à necessidade de funeral.

Neste caso a autópsia será realizada em mais ou menos 2 horas, pelo que deve ser feito pedido para regresso do feto.

PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA PÓS PARTO

A - PUERPÉRIO IMEDIATO

Toda a puérpera deve ficar na sala de vigilância pós parto 2 horas, com veia canalizada sendo vigiada pela enfermeira com a super visão do médico, e sem ingestão de líquidos ou quaisquer alimentos, durante a 1ª hora, vigiar os sinais vitais de 20 em 20 minutos durante a 1ª hora.

1. Aspecto Geral da puérpera

- 1.1 Nível de consciência
- 1.2 Cor
- 1.3 Temperatura corporal

2. Sinais vitais

- 2.1 TA (Chamar se T/sistólica <90 mmHg)
- 2.2 Pulso (chamar se o pulso > 100 p.p. m.)

3. Perda hemática

4. Altura uterina (chamar se o útero se encontrar acima da cicatriz umbilical).

5. Globo vesical

Após as 2 horas se tudo está a decorrer normalmente, será transferida para a enfermaria sem soro, onde os parâmetros passarão a ser vigiados 1 vez por turno.

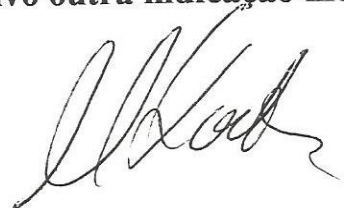
B - CESARIANA

1 - A puérpera ficará com soro e algália nas primeiras 24 horas.

2 - Puerpério imediato (2 horas) ficará na sala de vigilância DO Bloco de Partos sujeita ao mesmo controlo descritos em (A).

3 - Transferência para a enfermaria de Obstetrícia (se estabilizada) com controle dos parâmetros vitais de hora /hora durante 4 horas. Não esquecer vigilância de diurese.

4 - A avaliação passará a uma vez/turno, salvo outra indicação médica.



Apêndice E – Pedido de autorização a administração HBA



Secretariado Administração HBA

sonia.luis@hbalgarvio.min-saude.pt

De: **Secretariado Administração HBA** (sonia.luis@hbalgarvio.min-saude.pt)

Enviada: sexta-feira, 27 de janeiro de 2012 10:11:49

Para: sandra-cap@hotmail.com

Cc: csaude@hbalgarvio.min-saude.pt

Em resposta ao pedido formulado por V. Ex.^a, para desenvolver o projeto “Intervenção em mulheres com Interrupção Terapêutica da Gravidez” no Serviço de Ginecologia deste Centro Hospitalar, vimos informar que o mesmo foi apreciado em Conselho de Administração de 25 de Janeiro de 2012 tendo sido autorizado.

Com os melhores cumprimentos

Dr.^a Conceição Saúde

A Vogal do Conselho de Administração

Apêndice F – Entrevista a mulher sujeita a ITG



O presente documento insere-se no Relatório Final do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O Estudo sobre a “**Intervenção em Mulheres com Interrupção Terapêutica da Gravidez**” pretende atingir os seguintes objetivos:

- Sensibilizar a equipa para desenvolver conhecimentos e competências, não apenas ao nível do saber-saber mas também ao nível do saber-estar nas ITG;
- Sensibilizar a mulher/casal para apoio existente no serviço- Melhorar a estrutura orgânica e física do Serviço de Ginecologia, no sentido de facilitar o seu internamento;
- Aplicar uma norma de procedimentos, de forma a uniformizar procedimentos a mulheres com ITG.

Todos os dados são tratados de forma confidencial e usados apenas para fins académicos/científicos.

Declaro que li e compreendi as características do projeto exposto, podendo esclarecer todas as dúvidas que possam surgir.

Aceito colaborar no estudo supra citado.

Assinatura _____



O presente trabalho faz parte integrante de um relatório de Mestrado intitulado “**Intervenção em Mulheres com Interrupção Terapêutica da Gravidez**”, agradece-se a sua disponibilidade para o preenchimento e desde já garantimos a confidencialidade de todos os dados e o seu uso exclusivo para fins académicos/científicos.

Idade:

Estado civil:

Situação profissional:

Nível de escolaridade:

História Atual

A gravidez foi planeada?

Semanas de gravidez?

Qual o motivo da ITG?

Teve dificuldade em decidir a ITG?

Necessitou de apoio emocional de profissionais de saúde?

Como decorreu o internamento no serviço de Ginecologia?

O que acha que deveria melhorar no serviço?

O nosso agradecimento pela sua colaboração.

Apêndice G – Aviso da formação em serviço



FORMAÇÃO EM SERVIÇO SERVIÇO DE GINECOLOGIA

☞ DATA: **05 de Abril de 2012**

☞ HORA: **14.30h**

TEMA:

**“Intervenção em mulheres com Interrupção
Terapêutica da Gravidez”**



☞ FORMADOR:

Enf. Sandra Capucho

Apêndice H – Plano da formação em serviço



PLANO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

SERVIÇO DE GINECOLOGIA

Tema: Intervenção em mulheres na Interrupção Terapêutica da Gravidez

Formadora: Enfermeira Sandra Capucho

Destinatários: Enfermeiros e Assistentes Operacionais do serviço de Ginecologia

Local: Serviço de Ginecologia

Data: 05/04/2012

Hora: 14:30

Duração: 60 minutos

Objectivos

- Conhecer e dar a utente uma perspectiva Holística;
- Mobilizar conhecimentos adquiridos na prática de cuidados;
- Identificar e descrever os dados colhidos na entrevista às utentes;
- Identificar as necessidades em enfermagem;
- Refletir sobre cuidados que se prestam e como se podem melhorar perseguindo a excelência.

Conteúdos

- Definição de Conceitos;
- Processo de enfermagem;
- Interrupção Terapêutica da Gravidez;
- Colheita de dados;
- Exames complementar de diagnóstico;
- Medicação;
- Plano de cuidados ao enfermeiro;
- Síntese.

Metodologia e Recursos
Metodologia: Método expositivo
Meios audiovisuais: Computador
Avaliação da Sessão
Foi de encontro as expectativas dos formandos

Apêndice I – Power Point da formação em serviço

“Intervenção em mulheres com Interrupção Terapêutica da gravidez”



SERVIÇO DE GINECOLOGIA

- Enf.ª Sandra Capucho

Enf.ª Sandra Capucho

Objetivos

Objetivo geral: Melhorar condições estruturais e relacionais no serviço de Ginecologia para mulheres sujeitas a ITG.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar a equipa para desenvolver conhecimentos e competências, não apenas ao nível do saber-saber mas também ao nível do saber-estar nas ITG;
- Fases luto;
- Papel de Enfermagem.

Enf.ª Sandra Capucho

Uniformizar procedimentos a mulheres com ITG

- ✓ Análise das opiniões das **utentes entrevistadas** que foram sujeitas a ITG, sobre o seu internamento no serviço de Ginecologia;
- ✓ Apresentar o protocolo de intervenção na ITG;
- ✓ Proceder a alterações no serviço de forma a facilitar o acolhimento a estas utentes/casais.

Enf.ª Sandra Capucho

Melhorar a estrutura física do Serviço

- Proporcionar um ambiente calmo e familiar;
- Minimizar o impacto negativo da utente provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência a saúde;
- Disponibilizar um espaço confortável e acolhedor no serviço mantendo o contacto entre família/hospital.

Enf.ª Sandra Capucho

Definição

“A perda gestacional constitui um acontecimento potencialmente traumático, devido ao seu carácter normalmente inesperado e imprevisível”

Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro (2010)

Enf.ª Sandra Capucho

Processo de luto

A maioria dos pais quando se vêem numa situação de ITG sentem-se sozinhos, angustiados e sem saber o que fazer.

É necessário que no internamento, onde vai decorrer todo o processo, obtenem orientação competente e ponderada para evitar sofrimentos desnecessários.

Enf.ª Sandra Capucho

Fases do processo de luto

- Choque/Negação
- Desorganização/Desespero
- Reorganização/recuperação

Enf.ª Sandra Capucho

Choque/negação

- Fase de dúvida, negação perante a situação;
- A zanga e a contraditória podem também estar presentes dirigidos frequentemente a Profissionais ou a si próprios.

Enf.ª Sandra Capucho

Desorganização/desespero

- Caracteriza-se tomada de consciência da perda;
- As emoções tornam-se mais dolorosas, surge a tristeza, o sofrimento, a solidão, isolamento;
- Pais sentem que nunca irão superar a perda e sentem-se fisicamente doentes.

Enf.ª Sandra Capucho

Reorganização/recuperação

- Reconhecer a perda, retomar a vida habitual, aquisição de novos papéis, aumentar a autoestima;
- Pais começam a apreciar os pequenos prazeres da vida sem sentimentos de culpa.

Enf.ª Sandra Capucho

Condicionantes do processo de luto

- Características da personalidade;
- Recursos pessoais e financeiros;
- Suporte familiar e social.

Enf.ª Sandra Capucho

Situações que podem conduzir a lutos complicados

- Perda de gravidez planeada;
- Não ver o bebé;
- Problemas conjugais;
- Presença de gémeo sobrevivente;
- Morte fetal de causa materna.

Enf.ª Sandra Capucho

Acolhimento ao serviço

➤ Tornar o ambiente personalizado:

A roupa utilizar;
Velas de aromas;
Luzes da enfermaria.

➤ Respeitar a privacidade do casal:

Nº de pessoas na enfermaria;
Evitar conversas paralelas.

Manter o casal informado e explicar os procedimentos

Enf.ª Sandra Capucho

Apresentação da norma da ITG no Serviço de Ginecologia

Enf.ª Sandra Capucho

Fisiologia e Mecanismo na ITG

Definição: Conjunto de fenómenos fisiológicos, que levam à dilatação do colo uterino, progressão do feto através do canal de parto e expulsão do feto.

Fisiologia:

- ⚡ Contracções;
- ⚡ Pressão intra-abdominal;
- ⚡ Modificações cervicais;
- ⚡ Progressão da apresentação;
- ⚡ Dequitação.

Enf.ª Sandra Capucho

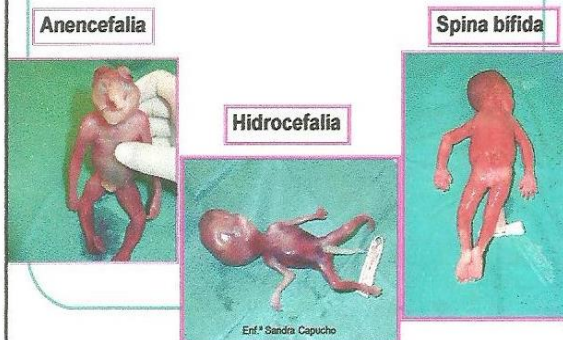
Exemplo de Fetos com Anomalia cromossómica



Enf.ª Sandra Capucho

Alterações estruturais do SNC

Defeitos de tubo neural



Enf.ª Sandra Capucho

O Papel do Enfermeiro

- Atuar de acordo com protocolo Nº 3/BP-O-G-N de 30/11/2000 do HBA ;
- Ajudar a mulher/casal e dar espaço para:
 - chorar;
 - expressar o seu protesto e a sua tristeza;
 - responder a todas as suas questões.

A mulher/casal devem ter o apoio necessário durante o internamento e encaminhamento após a sua alta.

Enf.ª Sandra Capucho

O que se deve dizer:

- "Estou triste por si";
- "Como está a passar tudo isto?";
- "Tenho muita pena" aqui, disposta ouvi-la.

Batista et al (2010)

Enf.ª Sandra Capucho

O que **não** dizer:

- "A senhora é nova, pode ter outros";
- "Tem um anjo no céu";
- "Isto foi a melhor solução";
- "De qualquer maneira bebé tinha problemas".

Batista et al (2010)

Enf.ª Sandra Capucho



Ordem dos Enfermeiros

O enf.º é responsável pela humanização dos cuidados e assume o dever de:

- a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;
- b) contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

- Art.89 do Código deontológico dos Enfermeiros (O.E)

Enf.ª Sandra Capucho

Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstetrícia

● Competências do EESMO :

- cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

OE (2010, p.2)

Enf.ª Sandra Capucho

CONCLUSÃO

- Profissionais de saúde devem estar aptos a intervir com a mulher/casal nas suas necessidades;
- Resistir à tentação de dar conselhos;
- Ouvir atentamente;
- Se necessário, solicitar à Psicóloga do serviço para dar apoio a estas utentes/casais e seguimento após a alta.

Enf.ª Sandra Capucho

- QUESTÕES??

- DÚVIDAS ??

Enf.ª Sandra Capucho

Referencias Bibliográficas

- Batista, A., Adriano, A., Carvalho, A., Menezes, C., Cardoso, M., Pedro, S., Baleia, S & Ferreira, S. (2010). *Luto Gestacional. Publicação do Congresso Emoções em Saúde*. Editora Corrente Dinâmica;
- Graça, L. (2000). (2ª edição). *Medicina Materno-Fetal 1*. Lisboa: Lidel;
- Nazaré, B., Fonseca, A., Pedrosa, A & Canavarro, M. (2010). *Avaliação e Intervenção Psicológica na Perda Gestacional. Revista Peritã*. V.3, p.37-46;
- Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*, 2010-11- 20. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal

Enf.ª Sandra Capucho

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!!

Enf.ª Sandra Capucho

Apêndice J – Avaliação da sessão



AVALIAÇÃO DE SESSÃO



Com o objetivo de melhorar o nosso serviço, solicitamos que avalie esta sessão.

TEMA:
PROFISSIONAL:
DATA:

Assinale com um **X**, o seu nível de satisfação:

1. Avaliação da Sessão:

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito bom
Qual o seu conhecimento sobre a Interrupção Terapêutica da Gravidez;				
A informação foi clara;				
Os conteúdos da formação foram vantajosos para desenvolvimento das suas competências;				
A formação foi importante para o seu desempenho perante mulheres em ITG.				

Sugestões/Comentários:

Obrigada pela vossa colaboração.

Apêndice K – Certificado da formação em serviço

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Gabinete de Formação

Gabinete de Formação Multidisciplinar, Estrutura de Formação com a Acreditação pelo Despacho n.º 364 de 1999/04/16 da Senhora Ministra da Saúde, Renovada por Despacho de 05/03/2008 do Exmo Senhor Presidente do Conselho Directivo da ACSS.

Certifica-se que *Sandra Isabel B. Capucho*

Participou como Formador/a na Acção de Formação/Comunicação:

"Intervenção em mulheres com Interrupção Terapêutica da Gravidez".

que decorreu no/a *Ginecologia*

No dia 5 de Abril de 2012, com a duração total de 60 minutos.

tendo apresentados seguintes conteúdos

Definição

Processo de luto

Fases do processo de luto:

– Choque/Negação

– Desorganização/Desespero

– Reorganização/recuperação

Condicionantes do processo de luto

Situações que podem conduzir a lutos complicados

Acolhimento ao serviço

Fisiologia e Mecanismo na ITG

Exemplo de Fetos com Anomalia cromossómica

O papel do enfermeiro

Competências dos Profissionais de Saúde

Ordem dos Enfermeiros

Portimão

31/Mai/12

Enf.º/ºChefe
Unidade/Serviço

A

Responsável Formação
em Serviço

B

Enf.º Supervisor da Área

Abílio Santos

Enf.ª Directora
Serviços de Enfermagem

Paula



Apêndice L – Apresentação do dossiê para a ITG



Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE
PORTIMÃO • LAGOS

DOSSIER

**REGISTO DA INTERRUÇÃO TERAPÉUTICA DA
GRAVIDEZ**

SERVÍÇO DE GINECOLOGIA

UTENTE		DATA ITG	PESO FETO	SEYO	SEMANAS DE GESTACAO	CAUSA DA ITG
Episodio N: INT. GINECOLOGI**GINECOLOGIA	Data-Hora DoenteN	1/06/12 4h30	5,40g 6,5cm	M	11cm	Z
Data Nasc:	33 Anos Fem.					
Episodio N: INT. GINECOLOGI**GINECOLOGIA	Data-Hora DoenteN	5/7/12 11h50	770g	M	31s	HTA ORL
Data Nasc:	- 33 Anos Fem					
Episodio N: INT. GINECOLOGI**GINECOLOGIA	Data-Hora DoenteN	14/7/12 07h30	Nsc mesuravel	?	12s	?
Data Nasc:	- 40 Anos Fem.					
Episodio N: INT. GINECOLOGI**GINECOLOGIA	Data-Hora DoenteN	21/7/12 07h00	312,23g 29,5cm	M	20s	Sindrome de Klinefelter (AMIOLOPTESE)
Data Nasc:	- 42 Anos Fem.					
Episodio N: INT. GINECOLOGIA	Data-Hora DoenteN	08/08/12 15h55'	530gr	F	23s	Trissomia 21
Data Nasc:	- 28 Anos Fem					
Episodio N: INT. GINECOLOGI**GINECOLOGIA	Data-Hora DoenteN	25/9/12 20:20h	95,30g 16 cm	M	16 Semanas	
Data Nasc:	- 37 Anos Fem.					
		Perimetro cabeça -> 10 cm				

NADO MORTO	COLHEITA DE PRODUTOS - PLACENTA - L. AMNIOTICO - OUTRO	DECISÃO	PEDIATRA	ENFA Nº MEC	AUTORIZAÇÃO DO CONTACTO DA UTENTE
X	—	INCINERAR	Dra. HELENA DRAGO	Enf. Cels 81354	
X	Enriado Placenta	Autopsia	Dr. Angelina	Leticia 81634	
			(dor 30)		
		Incinerar	Dr. Humberto/ Dra. Mariana	Celis 81964	
X		Estudo	Dr. João Pinto Dr. Esilvia	833654 82760	(Aguarda decisão)
?		Estudo	Dra. Angelina	83918	
X	Celha de Mariana Para inclusão de Dr. Fernando	Estudo	Dr. Humberto Dra. Mariana Antunes	812621 81768	



PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Sr^a Enf^a Chefe Alda Santos

Serviço Ginecologia

Centro Hospitalar Barlavento Algarvio


Eu, **Sandra Isabel Batista Capucho**, aluna do I Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora, Ano Lectivo de 2010/2012, número de aluna 7527. Venho por este meio pedir autorização a Sr^a Enf^a Chefe Alda Santos para apresentar o dossiê ITG realizado para o presente trabalho de Mestrado intitulado **“Intervenção em Mulheres com Interrupção Terapêutica da Gravidez”**.

Atenciosamente,

Sandra Isabel Batista Capucho
Enfermeira no Serviço Ginecologia


S. Ginecologia

Nada a opor.
Anexos Reprodutor da
folha utilizada no registo
dos Inf. Gravidez no serviço
com omissões da identificação
das fontes.


14/3/2013

Portimão, 12 Março de 2013

Apêndice M – Elaboração da norma para a ITG

	NORMA DE PROCEDIMENTO	N.º 1/I/E DATA: 01/05/2012	FOLHA 1
ASSUNTO: <p style="text-align: center;">INTERRUPÇÃO TERAPÊUTICA DA GRAVIDEZ</p>		ELABORADA POR: Serviço de Enfermagem U.I. Ginecologia Enf ^a Sandra Capucho	
DIVULGAÇÃO: Manual de Enfermagem SERVIÇO: Ginecologia			
ENTRADA EM VIGOR: <p style="text-align: center;">5 – Abril - 2012</p>			

I – DEFINIÇÃO

A Interrupção Terapêutica da Gravidez surgiu com o desenvolvimento do diagnóstico pré-natal, com técnicas que permitem uma avaliação mais precoce do bem-estar materno fetal.

O diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida ou com a dignidade da mesma, pode levar à necessidade de tomada de decisão de interromper a gravidez. Quando a mulher/casal optam por interromper a gravidez são submetidos a procedimentos associados a grande sofrimento psicológico, como são exemplos o requerimento para ITG e a decisão de feticídio, associado ao sofrimento físico.

No CHBA é mais utilizado o método médico de ITG, o qual “consiste em provocar a expulsão do feto para fora do útero, dando assim origem a um aborto (...), ou um parto prematuro (...) através da adoção de medidas farmacológicas que estimulam as contrações do útero e induzem o apagamento do colo uterino” (Pinto, 2005, p.57).

II – OBJECTIVOS

- Apoiar a mulher/casal
- Controlar a dor
- Manter estabilidade hemodinâmica
- Proporcionar relação de ajuda à utente

III – INFORMAÇÕES GERAIS

A) QUEM EXECUTA

- Enf^a Especialista SMO
- Enfermeira

A) HORÁRIO

Sempre que necessário

IV – Orientações quanto à execução

- Verificar as condições ambientais da unidade
- Atender à privacidade da utente
- Consultar o processo clínico para individualizar os cuidados
- Observar a utente nos aspetos físicos

V – PROCEDIMENTOS

Intervenções de Enfermagem	Justificação
1 – Monitorizar através da escala da dor: - Gerir analgesia	Controlar a dor
2 - Permitir à mulher/casal que verbalize os seus sentimentos: - Disponibilizar para ouvir; - Observar os laços estabelecidos entre o casal; - Chamar a Psicóloga de serviço, se	Apoiar a mulher/casal

necessário.	
3 - Durante a expulsão do feto: - Manter a calma da utente; - Explicar os procedimentos a realizar; - Chamar o Obstetra de serviço, se necessário.	Manter a utente informada
4 - Após a expulsão: - Chamar o Pediatra de serviço; - Saber a decisão clínica do feto; - Guardar o feto em formol, se for para estudo; - Informar o casal da decisão Terapêutica.	Aplicar protocolo de estudo dos fetos
5 - Prestar cuidados a mulher após a expulsão: - Prestação de cuidados à região genital; - Vigiar perdas vaginais	Manter conforto da mulher
6 – Monitorizar Frequência respiratória; Frequência cardíaca; Temperatura corporal e Tensão Arterial.	Manter estabilidade hemodinâmica

V – REGISTOS

Realizar registos relativos aos procedimentos:

- Estado emocional da utente/casal;
- Preencher o dossiê de ITG;
- Avaliação dos parâmetros vitais;
- Queixas algícas da utente;
- Efetuar registos do feto;
- Medicação administrada;
- Quantidade e características das perdas hemáticas vaginais.

Apêndice N – Confirmação das alterações efetuadas na última enfermaria do serviço de Ginecologia



COMUNICAÇÃO

Sr^a Enf^a Chefe Alda Santos

Serviço Ginecologia

Centro Hospitalar Barlavento Algarvio

Eu, **Sandra Isabel Batista Capucho**, aluna do I Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora, Ano Lectivo de 2010/2012, número de aluna 7527. Venho por este meio solicitar a Sr^a Enf^a Chefe Alda Santos a confirmar como efectuei alterações físicas na última Enfermaria do Serviço Ginecologia de modo a facilitar o acolhimento e internamento a estas utentes/casais sujeitas a ITG para a realização do presente trabalho de Mestrado intitulado **“Intervenção em Mulheres com Interrupção Terapêutica da Gravidez”**.

Atenciosamente,

Sandra Isabel Batista Capucho
Enfermeira no Serviço Ginecologia

J. Ginecologia
Confirmo a intervenção
de acordo e projecto
efectuado p/ enf^a Sandra
nome do quarto de serviço
de forma a facilitar o
internamento de mulheres
e/ internamentos de gravidez.
Aldo Santos
14/3/2013

Portimão, 12 Março de 2013

Apêndice O – Guia de satisfação da utente



O presente Guia de satisfação da utente faz parte integrante de um relatório de Mestrado intitulado “**Intervenção em Mulheres com Interrupção Terapêutica da Gravidez** “, agradece-se a sua disponibilidade para o preenchimento e desde já garantimos a confidencialidade de todos os dados e o seu uso exclusivo para fins académicos/científicos.

1 - Como se sentiu no acolhimento no serviço de Ginecologia?

2 - Como classifica os cuidados prestados pela equipa de enfermagem e assistentes operacionais?

3 - O que acha da enfermaria em que ficaram internadas?

4 - Tem alguma sugestão para a melhoria do atendimento prestado?

O nosso agradecimento pela sua colaboração.