

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ:
RELATO DE CASO**

**MEDICAL TERMINATION OF PREGNANCY:
CASE REPORT**

**INTERRUPCIÓN MÉDICA DEL EMBARAZO:
INFORME DE UN CASO**

Inês Atanásio¹ , Maria Otília Brites Zangão³ .

¹Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, Faro, Portugal.

²Universidade de Évora, Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Departamento de Enfermagem, Évora, Portugal.

Recebido/Received: 16-07-2025 Aceite/Accepted: 06-08-2025 Publicado/Published: 08-08-2025

DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11\(0\).766.28-37](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11(0).766.28-37)

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2025 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2025 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 11 SUPLEMENTO 1 JULHO 2025

Resumo

Enquadramento: A interrupção da gravidez pode ser voluntária ou médica dependendo dos motivos e da idade gestacional. Sendo que a opção voluntária só pode ser realizada até às 10 semanas e 6 dias, a opção médica pode ser efetuada até às 24 semanas nas situações de anomalias fetais ou risco de vida para a mãe. **Objetivo:** Apresentar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem centrados na mulher submetida a uma interrupção médica da gravidez. **Método:** Abordagem descritiva e observacional, tendo por base o respeito pelos princípios éticos e da confidencialidade, de um caso prático de uma mulher de 37 anos sujeita a uma interrupção médica da gravidez, após o diagnóstico confirmado de Trissomia 21. Elaborado através de uma colheita de dados, onde foi utilizado o modelo teórico de Roper-Logan-Tierney e de uma pesquisa bibliográfica. O relato de caso foi elaborado segundo as diretrizes CAsE REport [CARE], o plano de cuidados foi baseado na taxonomia CIPE® e as intervenções segundo a classificação NIC. **Resultados:** Foram identificados sete diagnósticos de enfermagem, dos quais foram selecionados quatro, considerados como mais relevantes neste caso: Ansiedade, Dor, Luto e Risco de Hemorragia. **Conclusão:** A interrupção da gravidez exige uma abordagem empática e humanizada, especialmente em situações de anomalias fetais. O enfermeiro obstetra desempenha um papel fundamental na gestão dos cuidados, atuando na promoção do bem-estar físico e emocional da mulher/casal, primando por um cuidado de qualidade e respeitando os princípios éticos.

Palavras-chave: Aborto Terapêutico; Anomalias Congénitas; Cuidados de Enfermagem; Enfermeiro Obstetra.

Abstract

Background: Termination of pregnancy can be voluntary or medical, depending on the reasons for it and the gestational age. While the voluntary option can only be carried out up to 10 weeks and 6 days, the medical option can be carried out up to 24 weeks in situations of fetal abnormalities or risk to the mother's life. **Goal:** To present a proposal for a nursing care plan centred on women undergoing medical termination of pregnancy. **Method:** A descriptive and observational approach, based on respect for ethical principles and confidentiality, of a case study of a 37-year-old woman who underwent a medical termination of pregnancy following a confirmed diagnosis of Trisomy 21. It was compiled through data collection, using the Roper-Logan-Tierney theoretical model, and bibliographical research. The case report was drawn up according to the CAsE REport [CARE] guidelines, the care plan was based on the CIPE® taxonomy and the interventions according to the NIC classification. **Results:** Seven nursing diagnoses were identified, of which four were selected as the most relevant in this case: Anxiety, Pain, Grief and Risk of Hemorrhage. **Conclusion:** Termination of pregnancy requires an empathetic and humanized approach, especially in situations of fetal abnormalities. The obstetric nurse plays a fundamental role in managing care, acting to promote the physical and emotional well-being of the woman/couple, prioritising quality care and respecting ethical principles.

Keywords: Abortion, Therapeutic; Congenital Abnormalities; Nurse Midwives; Nursing Care.

Resumen

Contexto: La interrupción del embarazo puede ser voluntaria o médica, dependiendo de los motivos y la edad gestacional. Mientras que la opción voluntaria solo puede realizarse hasta las 10 semanas y 6 días, la opción médica puede llevarse a cabo hasta las 24 semanas en casos de anomalías fetales o riesgo para la vida de la madre. **Objetivo:** Presentar una propuesta de plan de cuidados de enfermería centrado en la mujer sometida a una interrupción médica del embarazo. **Método:** Enfoque descriptivo y observacional, basado en el respeto a los principios éticos y la confidencialidad, de un estudio de caso de una mujer de 37 años que se sometió a una interrupción médica del embarazo tras un diagnóstico confirmado de trisomía 21. Se elaboró mediante la recogida de datos, utilizando el modelo teórico Roper-Logan-Tierney, y la investigación bibliográfica. El informe del caso se elaboró según las directrices CAsE REport [CARE], el plan de cuidados se basó en la taxonomía CIPE® y las intervenciones según la clasificación NIC. **Resultados:** Se identificaron siete diagnósticos de enfermería, de los cuales se seleccionaron cuatro como prioritarios en este caso: Ansiedad, Dolor, Duelo y Riesgo de Hemorragia. **Conclusión:** La interrupción del embarazo requiere un enfoque empático y humanizado, especialmente en situaciones de anomalías fetales. El enfermero obstetra desempeña un papel clave en la gestión de los cuidados, promoviendo el bienestar físico y emocional de la mujer/pareja, garantizando una atención de calidad y respetando los principios éticos.

Descriptores: Aborto Terapéutico; Anomalías Congénitas; Cuidados de Enfermería; Enfermero Obstetra.

Introdução

A interrupção médica da gravidez [IMG] é uma prática utilizada em situações específicas, onde a continuidade da gestação pode representar riscos à saúde da mãe e onde existe um diagnóstico de condições fetais incompatíveis com a vida ou que resultam em graves anomalias. A IMG acarreta uma decisão, frequentemente difícil e repleta de dilemas éticos e emocionais, sendo regulamentada por legislações que variam entre países.

Desde 1984 que em Portugal, o aborto deixou de ser ilegal quando praticado por um médico. A interrupção de gravidez, segundo a legislação portuguesa – Artigo 142.º do Código Penal, lei n.º 16, 17 de Abril de 2007, encontra-se dentro dos limites legais quando é realizada por um médico, em estabelecimentos oficiais, com consentimento da mulher grávida e nas seguintes:

- único meio de eliminar um risco de morte ou evitar uma lesão grave e irreversível para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
- prevenir um risco significativo de morte ou uma lesão grave e duradoura na saúde física ou psíquica da mulher grávida, desde que realizada nas *primeiras 12 semanas e 6 dias* de gravidez;
- existem razões fundamentadas para acreditar que o nascituro virá a sofrer de uma doença grave ou malformação congénita incurável, sendo a interrupção permitida *até às 24 semanas e 6 dias* de gravidez, exceto em casos de fetos inviáveis, nos quais a interrupção pode ser feita a qualquer momento;
- a gravidez resulta de um crime contra a liberdade e autodeterminação sexual, sendo a interrupção permitida até as *primeiras 16 semanas e 6 dias* de gravidez;
- por escolha da mulher, nas *primeiras 10 semanas e 6 dias* de gravidez.

Todas as interrupções de gravidez são de declaração obrigatória à Direção-Geral da Saúde [DGS], através de um modelo de registo já predefinido. Nas situações em que as interrupções são por anomalias congénitas devem ser também reportadas no Registo Nacional de Anomalias Congénitas [RENAC] (Portaria n.º 741-A/2007 de 21 de Junho – Artigo 8.º).

É considerado como malformação congénita qualquer anomalia estrutural que esteja presente desde o nascimento, na qual se observa alterações no desenvolvimento embrionário ou fetal⁽¹⁾. As malformações congénitas podem ter várias etiologias, sendo que 5-10% tem origem em fatores exógenos ou ambientais, o qual inclui agentes infecciosos, físicos ou tóxicos e cerca de 20-30% correspondem fatores endógenos como as mutações genéticas ou anomalias cromossómicas⁽²⁾. O desenvolvimento de técnicas de diagnóstico pré-natal veio permitir a possibilidade de conhecer a saúde do feto antes do seu nascimento⁽³⁾, sendo as aneuploidias que surgem com maior taxa de incidência as ligadas aos cromossomas somáticos 13 (síndrome de Patau), 18 (síndrome de Edwards), 21 (síndrome de Down) e as ligadas aos cromossomas sexuais⁽⁴⁾. A aneuploidia mais frequente em Portugal é a síndrome de Down, tendo uma incidência de 1 por cada 800 nascimentos, trata-se de uma condição genética complexa que influencia o desenvolvimento físico e cognitivo, caracterizando-se por traços específicos que requerem cuidados diferenciados e um processo de adaptação por parte dos pais/família. Perante o diagnóstico desta síndrome, os pais deparam-se com uma mistura de emoções e desafios que podem marcar profundamente a sua experiência da parentalidade⁽⁵⁾. O diagnóstico precoce da trissomia 21 permite aos pais mais tempo para refletir sobre a continuação da gravidez e a escolha do método mais seguro na situação em que optem pela interrupção da mesma, sendo que ficam sempre sujeitos a uma tomada de decisão difícil e complexa⁽⁶⁾. Embora a prevalência das cromossomopatias permaneça praticamente inalterada, o número de crianças nascidas nestas condições tem diminuído, em grande parte devido às interrupções de gravidez, que duplicaram nos últimos anos, provavelmente como consequência da maior acessibilidade aos diagnósticos pré-natais⁽⁷⁾. O rastreio pré-natal contempla os rastreios ecográficos, bioquímicos e o

teste genético *Non-Invasive Prenatal Testing* [NIPT]. O rastreio combinado do primeiro trimestre permite a detecção precoce de alguma anomalia, sendo realizado entre as 9 semanas e 6 dias e as 13 semanas e 6 dias⁽⁸⁾. A avaliação do risco combina a idade materna, os marcadores ecográficos – translucência da nuca [TN] e os ossos próprios do nariz, e os marcadores bioquímicos, a fração beta da hormona gonadotrofina coriônica humana *Beta Human Chorionic Gonadotrophin* [β -HCG] e a *Pregnancy-Associated Plasma Protein A* [PAPP-A]. A realização deste rastreio permite ter uma taxa de detecção para a trissomia 21 até 95%, e para a detecção das trissomias 18 e 13 poderá chegar aos 97% e 92%, respetivamente⁽⁷⁾.

O teste pré-natal não invasivo contempla a pesquisa de *Deoxyribonucleic Acid* [DNA] fetal livre (*cell-free DNA*) na circulação materna, é realizado através de uma colheita de sangue materno e tem uma sensibilidade de 99% para a detecção da trissomia 21⁽⁹⁾. Embora o NIPT seja encarado com uma boa opção para as grávidas com alto risco para aneuploidias devido ao seu elevado grau de sensibilidade, deve ser ter em consideração que não é um teste de diagnóstico pelo qual não se deve proceder a uma interrupção da gravidez sem ser feito antes um teste confirmatório invasivo. Nas situações em que o resultado é positivo para alguma das trissomias ou malformações, este deve ser sempre confirmado através de exames invasivos, como a amniocentese, biópsia das vilosidades coriônicas ou cordocentese⁽⁷⁾. A realização de um exame invasivo tem como principais motivos: a identificação de uma alteração fetal durante a realização de uma ecografia, sendo esta a razão mais comum, seguida por um rastreio bioquímico positivo, a idade materna avançada e, por último, a pesquisa de DNA fetal no sangue materno. Sendo os exames invasivos mais realizados a amniocentese e a biópsia das vilosidades coriônicas⁽¹⁰⁾.

A amniocentese é uma das técnicas invasivas mais utilizadas, e consiste na remoção de líquido amniótico da cavidade uterina através de uma agulha. Este procedimento é realizado transabdominalmente, por um obstetra experiente e sob orientação de ecografia. É recomendado a sua utilização a partir das 15 semanas de gestação e até o parto, antes desse período verifica-

-se um maior risco de aborto comparativamente à biópsia das vilosidades coriônicas, que pode ser realizado entre as 11 e as 15 semanas⁽¹¹⁾. É fundamental aconselhar o casal sobre as indicações, os riscos, os benefícios e as limitações do procedimento. A decisão final de interromper a gravidez depende de fatores como as convicções religiosas e éticas, tal como da legislação em vigor no respetivo país⁽¹¹⁾. Em Portugal, após a confirmação do diagnóstico, é dada aos pais a possibilidade de pedir uma segunda opinião, e só depois questionado qual a decisão final. Antes de qualquer interrupção da gravidez, todo o caso é analisado por uma comissão de médicos chamada Comissão Técnica de Certificação, esta existe em todos os estabelecimentos onde se realizam interrupções da gravidez. Cada comissão técnica é composta por 3 a 5 médicos, do qual faz parte obrigatoriamente um obstetra/ecografista, um neonatologista e, sempre que possível, um geneticista. Após decisão positiva para a interrupção, inicia-se a administração de terapêutica à grávida e é proposto o internamento, tal como descrito na Portaria n.º 741-A/2007 de 21 de Junho – Artigo 20.º. A IMG pode ser realizada sob terapêutica, sendo primeiramente administrado um comprimido de mifepristone® e após as 12h/48h inicia a administração de comprimidos de misoprostol®. O esquema de administração e a dose de misoprostol® varia consoante a idade gestacional e algumas situações particulares. Existe sempre a opção cirúrgica, mas requer recursos específicos e profissionais experientes. A indução da morte fetal (feticídio) deve ser realizada como adjuvante nas situações de IMG após as 21 semanas, de forma a evitar que o feto nasça vivo⁽¹²⁾.

No âmbito da interrupção da gravidez, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO], publicado no *Regulamento n.º 391/2019*, assume que devem ser desenvolvidas diversas competências nomeadamente “Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento”, “Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento” e “Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento”. De acordo com estas competências são

identificadas várias intervenções tais como o desenvolvimento de projetos de promoção da saúde da mulher, promovendo uma decisão esclarecida à mulher/casal sobre a interrupção da gravidez, orienta para os recursos disponíveis, colabora no tratamento e previne complicações pós IMG, e ainda desenvolve intervenções de apoio à mulher/casal no período de luto e orienta sobre contraceção⁽¹³⁾.

A elaboração deste relato de caso tem como finalidade o desenvolvimento de conhecimentos sobre o processo de interrupção médica da gravidez e o acompanhamento de uma grávida sujeita a este procedimento, tendo como objetivo apresentar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem centrados na mulher submetida a uma interrupção médica da gravidez.

Metodologia

O relato de caso tem como principais objetivos a descrição do processo diagnóstico e terapêutico de um ou vários utentes em determinado contexto clínico, em que exista partilha da experiência com outros profissionais de saúde de forma a aumentar o conhecimento sobre determinada temática⁽¹⁴⁾. O presente relato de caso tem uma abordagem descritiva e observacional, elaborado com base na lista de verificação das diretrizes do CAsE REport (CARE) de modo a conseguir dar resposta aos principais componentes de um relato de caso, a colheita de informações clínicas foi realizada através de uma entrevista direta à grávida, do exame físico, da observação direta e da consulta do processo clínico informatizado. Toda a informação recolhida seguiu os princípios do Código Deontológico – Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, o qual garante confidencialidade de toda a informação obtida, enfatizando o sigilo profissional e o anonimato da pessoa, a qual foi informada sobre a realização do estudo, tendo dado o seu consentimento. De forma a salvaguardar a privacidade da grávida, foram omitidos a sua identidade e o local da ocorrência da situação clínica.

A avaliação inicial da grávida foi realizada com base no referencial teórico das Atividades de Vida Diária de Roper, Logan & Tierney, que tem como pressuposto que a forma como as atividades de vida

diária são realizadas por cada pessoa vai contribuir para a sua individualidade, e o enfermeiro ao ter esse conhecimento permitirá individualizar os seus cuidados⁽¹⁵⁾. O presente relato de caso diz respeito a uma utente grávida de 37 anos, caucasiana, de nacionalidade portuguesa, com grau de escolaridade de licenciatura, empreendedora, casada, com uma gravidez simples de 17 semanas e 6 dias. A utente deu entrada no Serviço de Internamento de Grávidas por indicação médica para proceder ao protocolo de interrupção da gravidez por motivos de anomalias congénitas, após confirmação por amniocentese do diagnóstico de trissomia 21. De seguida, apresenta-se a avaliação das atividades de vida diárias da grávida, de acordo com o modelo teórico selecionado (Quadro 1).

Quadro 1: Avaliação das atividades de vida diárias, segundo Roper, Logan & Tierney.

Atividade de Vida	Avaliação Inicial da Uteute
Manutenção de um Ambiente Seguro	Uteute orientada na pessoa, tempo e espaço. Colocado cateter periférico no antebraço esquerdo e realizado colheita de sangue para análises. Avaliada Escala de Morse: <i>score</i> = 15 (sem risco de queda). Mantém-se num quarto individualizado com casa de banho privativa.
Comunicação	Discurso coerente, mas muito ansiosa, devido ao diagnóstico médico e ao procedimento a que iria ser submetida. Foi avaliado ansiedade presente através da escala de ansiedade do SClínico. Apresenta períodos de labilidade emocional por se tratar de uma gravidez muito desejada e da qual teria de dar por terminada.
Respiração	Uteute eufneica, com cerca de 18 ciclos respiratórios por minuto. Saturação periférica de oxigénio: 99%.
Alimentação	Uteute independente, com dieta geral.
Eliminação	Uteute independente no autocuidado do uso de sanitário. Eliminação vesical sem alterações. Eliminação intestinal de acordo com o padrão normal.
Higiene Pessoal e Vestuário	Uteute independente no autocuidado higiene e vestuário. Aparenta imagem cuidada.
Controlo da Temperatura Corporal	Uteute apirética, com temperatura timpânica 36,7°C.
Mobilidade	Uteute sem alterações da marcha, deambula pelo quarto Avaliada Escala de Braden: <i>score</i> : 22 (sem risco de desenvolvimento de úlcera por pressão).
Trabalho e Lazer	Uteute é empreendedora. Durante o internamento teve sempre a companhia do marido e recorreu ao telemóvel para comunicar com a restante família.
Expressão da Sexualidade	Foi realizado esclarecimento relativamente aos métodos contraceptivos existentes e ao reinício da atividade sexual após o aborto.
Sono	Padrão de sono alterado devido à ansiedade sentida durante todo o processo de diagnóstico da anomalia congénita.

Após uma análise criteriosa da informação recolhida, formulou-se diagnósticos de enfermagem [DE] com recurso à taxonomia Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE]⁽¹⁶⁾, segundo a versão mais recente 2019-2020, e as intervenções foram formuladas segundo *Nursing Interventions Classification* [NIC]⁽¹⁷⁾. A informação é verificada através de um diagrama de fluxo, apresentado na Figura 1.

Resultados

A existência de diagnósticos e focos de enfermagem são fundamentais para orientar a prática clínica, desse modo as intervenções de enfermagem desempenham um papel fundamental para garantir um cuidado centrado nas necessidades da mulher/casal, os quais se encontram num processo complexo e delicado como a perda de um bebé desejado e planeado.

Tendo em conta a interpretação e análise dos dados apresentados foram identificados sete diagnósticos de enfermagem, dos quais quatro são destacados: 1. Ansiedade, 2. Dor, 3. Luto e 4. Risco de hemorragia, pela possibilidade da sua resolução contribuir para a resolução dos restantes. No Quadro 2 será exposto o plano de cuidados elaborado para cada um dos quatro diagnósticos destacados, tendo por base a linguagem CIPE⁽¹⁶⁾ e as intervenções NIC⁽¹⁷⁾.

Discussão

A interrupção da gravidez perante o diagnóstico de uma anomalia cromossómica é uma situação clínica complexa que envolve decisões éticas, emocionais e médicas. Este relato de caso teve como objetivo aprofundar conhecimentos à luz da literatura recente, destacando os aspetos relevantes relacionados com a conduta do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO] e a importância da existência de uma equipa multidisciplinar desperta para esta temática. A confirmação de uma anomalia cromossómica geralmente ocorre através de exames invasivos, como a amniocentese ou a biopsia das vilosidades coriônicas, e após resultados de rastreios não invasivos positivos. Todos estes exames



Figura 1: Fluxograma do Relato de Caso.

Quadro 2: Plano de Cuidados de Enfermagem.

DE1. Ansiedade [10000477] “Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia”.

Foco de Enfermagem: Ansiedade [10002429].

Juízo de Enfermagem: Atual.

Intervenções do EEESMO

Oferecer suporte emocional [5270];
Ajudar a mulher/casal a expressar os seus sentimentos [5230];
Escuta ativa [4920] perante as preocupações da mulher/casal e validar os seus sentimentos;
Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade [5820];
Proporcionar conforto e segurança durante o decorrer de todo o processo [6482];
Transmitir à mulher/casal a informação necessária (e dentro das nossas competências) sobre a sua situação [5602];
Ensinar técnicas de relaxamento [6040], tais como respiração profunda.

Resultado Esperado: Ansiedade, Reduzida.

Resultado Obtido: Ansiedade, Mantida.

Avaliação Final: A grávida permaneceu ansiosa em relação à sua situação clínica e a todo o procedimento a ser realizado, tal como a transmissão da perda à família alargada. Foi proporcionado a possibilidade de ficar num quarto privativo e incentivado a presença do marido durante todo o internamento. Após a expulsão do feto a ansiedade manteve-se pelo receio de abordar a perda com restante família, em principal com o filho.

DE2. Dor [10023130] “Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica”.

Foco de Enfermagem: Dor de trabalho de parto [10011088].

Juízo de Enfermagem: Moderado.

Intervenções do EEESMO

Ensinar e proporcionar estratégias para alívio da dor [5604];
Administrar terapêutica analgésica prescrita [2210];
Gerir a segurança do ambiente [6486];
Incentivar a mulher a adotar uma posição confortável [0840];
Avaliar a dor [1400].

Resultado Esperado: Controlo da Dor Efetivo.

Resultado Obtido: Controlo da Dor Efetivo.

Avaliação Final: A utente refere dor moderada relacionada com as contrações induzidas pela terapêutica administrada, que têm como função a expulsão do feto. Verificou-se que não houve necessidade de administrar analgesia prescrita em SOS.

DE3. Luto [10022345] “Emoção: sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real”.

Foco de Enfermagem: Luto [10008516].

Juízo de Enfermagem: Atual.

Intervenções do EEESMO

Oferecer suporte emocional [5270];
Incentivar a partilha de sentimentos [5240];
Validar sentimentos de tristeza, raiva e culpa [5300];
Fornecer informações sobre o processo de luto [5290];
Incentivar a procura de apoio por parte da família alargada [7140];
Encaminhar para apoio psicológico, caso seja solicitado [5440];
Demonstrar empatia e disponibilidade para estar presente [5290].

Resultado Esperado: Processo de Luto eficaz.

Resultado Obtido: Processo de Luto eficaz.

Avaliação Final: A utente refere consciência sobre a sua realidade, manifestando sentimentos de tristeza pela perda de um bebé muito desejado e culpa por ter anunciado a gravidez à família alargada. Obteve apoio psicológico, após o ter requerido. Manifesta algumas estratégias para lidar com o luto.

DE4. Risco de Hemorragia [10017268] Risco de “Perda sanguínea: perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo”.

Foco de Enfermagem: Hemorragia [10000477].

Juízo de Enfermagem: Risco.

Intervenções do EEESMO

Avaliação dos sinais vitais [6680];
Avaliação do globo de segurança de Pinard [4026];
Ensinar a reconhecer sinais de hemorragia e quando deve informar os profissionais de saúde [4010];
Vigilância dos lóquios – quantidade, odor e cor [4026];
Administração de terapêutica necessária [2314].

Resultado Esperado: Hemorragia ausente.

Resultado Obtido: Hemorragia ausente.

Avaliação Final: Após a expulsão do feto a perda sanguínea vaginal manteve-se presente na quantidade e com as características expectáveis. Foram realizados ensinamentos sobre sinais e sintomas de alerta no pós-aborto. Durante o internamento não se verificou complicações, mantendo-se sempre hemodinamicamente estável.

demoram na obtenção do resultado, correspondendo esse período de espera a um aumento da ansiedade vivenciada pela mulher/casal e família em que se encontram inseridas⁽¹⁸⁾. A **Ansiedade [10000477]** é um estado emocional debilitante, com potencial de alterar a qualidade de vida, pelo que se torna importante a existência de uma equipa multidisciplinar desperta para as emoções e preocupações da mulher/casal desde a primeira consulta. Proporcionar um ambiente seguro e acolhedor, onde haja abertura para expor os sentimentos e angústias, a explicação detalhada de todo o procedimento e possíveis consequências físicas e emocionais é fundamental para reduzir o medo do desconhecido e a sensação de incerteza, uma das principais fontes de ansiedade, intervenções estas que são promovidas pelo EEESMO.

O apoio psicológico desempenha um papel central no controlo da ansiedade, a presença de profissionais capacitados, como psicólogos, podem proporcionar suporte emocional, ajudar a processar a decisão de forma construtiva e auxiliar a lidar com sentimentos de culpa ou medo, comuns neste contexto. Neste caso, o apoio da psicóloga foi solicitado pela utente, que esteve presente após a expulsão do feto.

O diagnóstico precoce da trissomia 21 requer o fornecimento de informações detalhadas e atualizadas sobre a condição da doença. Os profissionais de saúde devem garantir todo o suporte necessário desde o diagnóstico intrauterino, assumindo um papel de referência ao longo de todo o processo. No entanto, torna-se imperativo que toda a equipa de saúde respeitem a autonomia dos pais, bem como a sua decisão informada quanto à continuidade ou interrupção da gravidez⁽¹⁹⁾. Tal como descrito na legislação portuguesa (Artigo 142.º do Código Penal – n.º 1) a interrupção é permitida até as 24 semanas de gravidez em casos de grave doença ou malformação congénita do feto ou fetos inviáveis. Dados de Graf *et al*⁽²⁰⁾ mostram que, mesmo dentro do contexto legal, muitas mulheres enfrentam dilemas éticos e emocionais significativos, reforçando a necessidade de apoio

Do ponto de vista clínico, a interrupção inclui a possibilidade de ser através de métodos farmacológicos ou cirúrgicos. Conforme mencionado por Bombas *et al*⁽¹²⁾, a utilização de mifepristone® em associação com misoprostol® torna-se mais eficaz que o uso de misoprostol® de forma isolada, uma vez que contribui para um tempo médio de atuação mais curto (desde o início da terapêutica até à expulsão do feto). Embora a terapêutica seja descrita como segura é essencial monitorizar a mulher durante todo o processo, minimizando o risco de complicações, como hemorragias ou infeções, daí ser sugerido o internamento. O **Risco de Hemorragia [10017268]** é tido como uma das complicações mais comuns num procedimento como este, podendo ocorrer em diferentes fases, desde a indução ao pós-aborto. A avaliação inicial da mulher, incluindo o histórico clínico, obstétrico e os fatores de risco existentes são essenciais para um planeamento de cuidados adequados ao processo da interrupção medicamentosa. Durante todo o procedimento, a monitorização constante da mulher, incluindo a avaliação dos parâmetros vitais e as características das perdas sanguíneas vaginais é crucial para a deteção precoce de hemorragias excessivas. O uso de medicamentos uterotónicos, como a ocitocina, deve ser administrado conforme a necessidade. De salientar os ensinamentos realizados à mulher sobre a perda sanguínea expectável nos primeiros 9 a 12 dias e os sinais e sintomas de alarme para se deslocar à urgência⁽²¹⁾.

A interrupção por anomalia fetal apresenta uma especificidade adicional devido à componente decisória dos pais, que frequentemente resulta em sentimentos de culpa, tristeza profunda e incertezas sobre a decisão tomada⁽²²⁾. Dessa forma o EEESMO apresenta um papel fundamental para um cuidado mais individualizado e holístico da mulher/casal, sendo reforçado por Moreno *et al*⁽²³⁾ que as intervenções de enfermagem devem incluir o apoio emocional, educação para saúde e promoção do bem-estar físico. O **Luto [10022345]** é um processo único para cada pessoa, e o tempo para a sua resolução pode variar, sendo que a relação terapêutica estabelecida pelo EEESMO pode reduzir o impacto psicossocial do processo e promover uma recuperação mais saudável, tal como um processo de luto mais efetivo. O luto gestacional, muitas vezes, é marcado por uma revolta e culpa, sendo muito desa-

fiante a nível emocional, principalmente por ser um acontecimento inesperado e imprevisível, verificando-se, por isso, uma maior dificuldade em aceitar a perda. O impacto da perda vai além da morte do filho, abrangendo também todas as expectativas que o casal criou para o futuro, representando o fim dos sonhos e planos construídos em torno da experiência da parentalidade⁽²⁴⁾. Verifica-se que quando a perda ocorre no primeiro trimestre da gravidez, é comum que os casais não encontrem o reconhecimento social para o seu luto. No entanto é demonstrado que a ligação emocional entre os casais e o filho é estabelecida desde o início da gestação e vai se tornando mais forte, especialmente após a realização da primeira ecografia⁽²⁵⁾.

Na gestão do luto gestacional, é fundamental demonstrar empatia, respeito e prestar apoio durante todo o atendimento. A comunicação assume um papel essencial, sendo importante assegurar um ambiente físico adequado, que garanta a privacidade e que seja isolado de locais onde existem grávidas ou puérperas com bebés⁽²⁶⁾.

A **Dor [10023130]**, além da ansiedade, risco de hemorragia e luto, é também identificada como um dos principais diagnósticos de enfermagem, mais concretamente o foco dor de trabalho de parto, uma vez que esta é muito associada à toma do misoprostol® que tem como efeito provocar as contrações uterinas e com ela culminar na expulsão do feto. A intensidade da dor associada a este procedimento é muito variável, podendo ir do ligeiro desconforto abdominal até dor severa como a sentida durante o trabalho de parto de termo. Existem fatores que podem influenciar como a idade materna, a idade gestacional (> 22 semanas associado a mais dor), o tempo que vai desde a indução à expulsão e o número de doses de prostaglandinas administradas⁽¹²⁾. Nesta situação não houve necessidade de administrar analgesia, tendo referido dor ligeira, sendo que a expulsão ocorreu pelas 19h e o início do tratamento pelas 13h, tendo sido apenas aplicado duas tomas de misoprostol®, uma vaginal e outra oral. O EEESMO desempenha um papel importante para a mulher fornecendo estratégias de alívio da dor tanto medicamentosas como não medicamentosas, como técnicas de respiração, mobilidade e o uso do duche, devendo estar sempre alerta para os sinais de dor⁽²⁷⁾.

Por fim, de ressaltar com este tema a necessidade de formação contínua dos profissionais de saúde, permitindo-lhes atuar de forma eficaz e empática em situações como esta. A inclusão de protocolos baseados em evidência e de diretrizes atualizadas é essencial para a padronização dos cuidados e para a promoção de melhores resultados para as mulheres e suas famílias.

Considerações Finais

A realização deste relato de caso, permitiu uma reflexão profunda sobre a complexidade e a multidimensionalidade dos cuidados de enfermagem, em destaque das competências específicas do EEESMO, evidenciando a importância de uma prática clínica baseada em evidências e centrada nas necessidades individuais.

Com base no Modelo de Enfermagem Baseado nas Atividades de Vida Diária, foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem, utilizando a taxonomia CIPE, que é altamente flexível e permite a construção de diagnósticos personalizados com base nas necessidades da mulher/casal em estudo. Entre esses diagnósticos, destacaram-se a Ansiedade, a Dor, o Luto e o Risco de Hemorragia, que foram considerados prioritários por representarem os principais desafios enfrentados pela mulher durante o internamento.

A Ansiedade e a Dor foram abordadas como questões imediatas, dado o seu impacto direto no bem-estar físico e emocional da mulher. O Luto, associado à perda gestacional, exigiu uma intervenção sensível e humanizada, enquanto o Risco de Hemorragia implicou cuidados clínicos específicos para garantir a segurança da utente. Após a implementação das intervenções adequadas, verificou-se uma melhoria significativa no quadro clínico, o que também contribuiu para a resolução de outras problemáticas identificadas.

A redação deste relato de caso foi fundamental para consolidar conhecimentos teóricos e compreender, na prática, o papel do EEESMO no contexto do Internamento de Grávidas Patológicas, e em particular em situações como o diagnóstico de anomalias congénitas e na necessidade de uma interrupção da gravidez. Permitiu aprofundar os princípios éticos que orientam

esta prática, tendo por base o respeito pelos direitos e escolha das mulheres/casal. Além disso, toda a situação permitiu compreender de que forma a comunicação é essencial na prática do EEESMO, sendo necessário adaptá-la às necessidades das mulheres. A comunicação verbal e não verbal é a base para o estabelecimento de uma relação de confiança e acolhimento, sendo essencial em situações emocionalmente delicadas, como esta. A análise deste relato de caso sensibilizou para o impacto do estigma associado à IMG, encorajando à promoção de um ambiente seguro, onde haja respeito, empatia e não o julgamento.

Desta forma, conclui-se que a elaboração deste relato de caso e toda a experiência vivenciada veio reforçar a valorização do papel do EEESMO como um profissional capaz de integrar conhecimentos técnico-científicos, competências éticas e suporte emocional, priorizando a qualidade dos cuidados prestados. Relativamente à investigação, reforça a necessidade de estudos sobre o impacto do IMG na saúde materna, estratégias de suporte ao luto e melhoria das intervenções do EEESMO. Além disso, fomenta a criação de protocolos baseados em evidências, garantindo uma abordagem ética, eficaz e centrada na mulher, contribuindo para a evolução da prática clínica.

Referências

1. Arcanjo FPN, Andrade LOMD, Barreto ICDHC, Lisboa MRP, Teixeira EDS, Mororó MCB. Explorando a relação entre embriologia e malformações congênitas. *Cuad Ed Desar* [Internet]. 17 de setembro de 2024 [citado em 16 de janeiro de 2025];16(9):e5573. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/5573>
2. Isfer EV. *Medicina Fetal: Diagnóstico Pré-Natal e Conduta*. 2.^a ed. Rio de Janeiro, RJ: Thieme Reivinter; 2023.
3. Néné M, Batista MA, Marques R. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1.^a ed. 2016.
4. Coutinho HDM, Coutinho PHDS, Leandro MKDNS, Araújo ACJD, Sousa AKD, Freitas PR, et al. Diagnóstico pré-natal de doenças genéticas / Prenatal diagnostic of genetic disease. *Braz J Hea Rev* [Internet]. 2 de março de 2022 [citado em 23 de janeiro de 2025];5(2):4023-43. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n2-004>
5. Gomes AA, Santos RT, Lopes JCP, Lopes Júnior HMP. Síndrome De Down: O Enfrentamento Do Diagnóstico Pelos Pais. *REASE* [Internet]. 6 de maio de 2024 [citado em 24 de janeiro de 2025];10(5):836-48. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/13801>
6. Messerlian G, Farina A, Palomaki G. First-trimester combined test and integrated tests for screening for Down syndrome and trisomy 18. Wilkins-Haug L, editor. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/first-trimester-combined-test-and-integrated-tests-for-screening-for-down-syndrome-and-trisomy-18>
7. Miragaia TM, Nunes JF, Sampaio AF, Correia SF. Testes pré-natais não invasivos para rastreio de aneuploidias: revisão baseada na evidência. *RPMGF* [Internet]. 1 de maio de 2020 [citado em 16 de janeiro de 2025];36(3):253-64. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12547>
8. Graça LM da. *Medicina Materno-Fetal*. 5.a ed. Lidel; 2017. 648 p.
9. Palomaki G, Messerlian G, Halliday J. Prenatal screening for common fetal aneuploidies: Cell-free DNA test. Wilkins-Haug L, editor. 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/prenatal-screening-for-common-fetal-aneuploidies-cell-free-dna-test#H530560376>
10. Braz P, Machado A, Roquette R, Matias Dias C. Registro Nacional de Anomalias Congênitas: Relatório 2018-2019 [Internet]. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/7878>
11. Jindal A, Sharma M, Karena ZV, Chaudhary C. Amniocentesis. Em: StatPearls Publishing; 2025 [citado em 24 de janeiro de 2025]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559247/>
12. Bombas T, Branco M, Franco S, Gomes P, Galhano E, Fonseca E, et al. Recomendações clínicas na interrupção médica de gravidez no 2.^o e 3.^o trimestre e na morte fetal. 2017;(2). Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/aogp/v11n2/v11n2a11.pdf>
13. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.^a série – N.º 85 [Internet]. 2019;13560-5. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
14. Gallo A. Case reports and case series – why publish clinical cases: advantages and limitations. *Medici Oggi* [Internet]. 2022; Disponível em: <https://medicioggi.it/english/case-reports-and-case-series-why-publish-clinical-cases-advantages-and-limitations/>
15. Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5.^a ed. Lusodidacta; 2004. 766 p.
16. Garcia T, Nóbrega M, Galvão M, Cubas M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão 2019. 2021.
17. Butcher H, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem. 7.^a ed. Rio de Janeiro, RJ: Grupo Gen; 2021. 440 p.
18. Kindermann L, Traebert J, Nunes RD. Validation of an anxiety scale for prenatal diagnostic procedures. *Rev saúde pública* [Internet]. 30 de janeiro de 2019 [citado em 28 de janeiro de 2025]; 53:18. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/154106>
19. Ferreira DF, Oliveira CRV, Gonçalves MHADF, Reis BCC. A gestante tardia e os riscos para Síndrome de Down: uma revisão de literatura. *Acervo Médico* [Internet]. 8 de abril de 2022 [citado em 28 de janeiro de 2025];5:e10005. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/10005>
20. Graf WD, Cohen BH, Kalsner L, Pearl PL, Sarnat HB, Epstein LG, et al. Fetal anomaly diagnosis and termination of pregnancy. *Develop Med Child Neuro* [Internet]. 2023 [citado em 28 de janeiro de 2025];65(7):900-7. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.15528>
21. Bridwell R, Long B, Montrieff T, Gottlieb M. Post-abortion Complications: A Narrative Review for Emergency Clinicians. *WestJEM* [Internet]. 23 de outubro de 2022 [citado em 28 de janeiro de 2025];23(6). Disponível em: <https://escholarship.org/uc/item/3510435j>
22. Dawood Y, De Vries JM, Van Leeuwen E, Van Eekelen R, De Bakker BS, Boelen PA, et al. Psychological sequelae following second-trimester termination of pregnancy: A longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2024 [citado em 28 de janeiro de 2025];103(9):1868-76. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.14848>
23. Moreno PS, Gil García E, Tarrío Concejero L. Nursing care in perinatal grief. A systematic and critical review of attitudes and knowledge in clinical practice. *Enfermería Clínica (English Edition)* [Internet]. 2023 [citado em 28 de janeiro de 2025];33(5):327-37. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2445147923000486>
24. Miranda A, Zangão M. Vivências maternas em situação de morte fetal. *Rev Enf Ref* [Internet]. 31 de agosto de 2020 [citado em 22 de fevereiro de 2025];5(3):e20037. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3632&id_revista=55&id_edicao=233
25. Worden JW, editor. *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner* [Internet]. 5.^a ed. New York, NY: Springer Publishing Company; 2018 [citado em 22 de fevereiro de 2025]. Disponível em: <http://connect.springerpub.com/lookup/doi/10.1891/9780826134752>
26. Borelli A, Machado I, Piedade F. Aborto espontâneo e luto gestacional – Valorizar e gerir: um relato de caso. *RPMGF* [Internet]. 30 de junho de 2024 [citado em 20 de fevereiro de 2025];40(3):300-5. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/1345>
27. Cardoso A, Aires C, Machado S, Silva C, Grilo AR. Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Ordem dos Enfermeiros, editor. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Mandato 2020-2023; 2023.

Autora Correspondente/Corresponding Author
Maria Otília Zangão – Universidade de Évora,
Escola Superior de Enfermagem São João de
Deus, Departamento de Enfermagem, Évora,
Portugal.
otiliaz@uevora.pt

Contributo das Autoras/Authors' contributions
IA; OZ: Coordenação do estudo, desenho do
estudo, recolha, armazenamento e análise
de dados, revisão e discussão dos resultados.
IA; OZ: Recolha, análise de dados.
IA; OZ: Coordenação do estudo, revisão e
discussão dos resultados.
Todas as autoras leram e concordaram com a
versão publicada do manuscrito.

Responsabilidades Éticas/Ethical Disclosures
Conflitos de Interesse: Os autores declararam
não possuir conflitos de interesse.
Suporte Financeiro: O presente trabalho não
foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.
Proveniência e Revisão por Pares: Não
comissionado; revisão externa por pares.
Conflicts of Interest: The authors have no
conflicts of interest to declare.
Financial Support: This work has not received
any contribution, grant or scholarship.
Provenance and Peer Review: Not
commissioned; externally peer reviewed.

©Os autores retêm o copyright sobre seus
artigos, concedendo à RIASE 2025 o direito de
primeira publicação sob a licença CC BY-NC,
e autorizando reuso por terceiros conforme os
termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles,
granting RIASE 2025 the right of first publication
under the CC BY-NC license, and authorizing
reuse by third parties in accordance with the
terms of this license.