

Millenium, 2(19), 45-54.

pt

RELIGIÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE MATERNA: RELATO DE CASO  
RELIGION IN MATERNAL HEALTH CARE: CASE REPORT  
LA RELIGIÓN EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA: INFORME DE CASO

Maria Zangão<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

Helena Franjoso<sup>2</sup>

Sónia Ribeiro<sup>3</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-6981-5257>

<sup>1</sup> Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Évora, Portugal

<sup>2</sup> Centro de Vacinação de Évora, Évora, Portugal

<sup>3</sup> Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de S. Bernardo, Serviço de Bloco de Partos, Setúbal, Portugal

Maria Zangão - otiliaz@uevora.pt | Helena Franjoso - helenafrajoso1997@gmail.com | Sónia Ribeiro - sonia.matias.ribeiro@gmail.com



**Autor correspondente**

*Maria Zangão*

Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem

São João de Deus | Largo do Senhor da Pobreza

7000-811 Évora – Portugal

otiliaz@uevora.pt

RECEBIDO: 15 de dezembro de 2021

ACEITE: 13 de junho de 2022

## RESUMO

**Introdução:** A religião desempenha um papel fundamental na vida cultural de diferentes grupos e lugares que é integrado em formas complexas nas crenças, ações e experiências dos fiéis.

**Objetivo:** Elaborar uma proposta de plano de cuidados com ênfase nas intervenções realizadas consoante as crenças religiosas e as suas decisões perante uma utente grávida.

**Métodos:** Estudo caso organizado segundo as diretrizes do CAsE REport referente a uma utente do sexo feminino, de 26 anos, grávida de 41 semanas e testemunha de Jeová. Para a colheita de dados foi usado o Modelo Teórico de Nancy Roper (modelo das atividades de vida diária) e para a elaboração do plano de cuidados de enfermagem, foi utilizada a taxonomia CIPE e NIC.

**Resultados:** Com base na avaliação inicial identificou-se 17 diagnósticos de enfermagem, dos quais se destacaram 2 diagnósticos como sendo os relevantes na questão da religião: Ansiedade atual e angústia moral presente.

**Conclusão:** As crenças religiosas muitas vezes levam a conflitos de ética nas decisões de uma transfusão sanguínea, pois há religiões que não o permitem e num caso de vida ou de morte os profissionais de saúde acabam por ter de decidir se respeitam a vontade do utente ou se a sua deontologia profissional, no entanto há cada vez mais alternativas a uma transfusão sanguínea, onde podemos diminuir este dilema ético.

**Palavras-chave:** religião; transfusão de sangue; gravidez; estudo de caso; bioética

## ABSTRACT

**Introduction:** Religion plays a fundamental role in the cultural life of different groups and places that is integrated in complex ways into the beliefs, actions, and experiences of the faithful.

**Objective:** Develop a proposal for a care plan with emphasis on interventions carried out according to religious beliefs and their decisions before a pregnant patient.

**Methods:** Case study organized according to the guidelines of the CAsE REport referring to a female user, 26 years old, 41 weeks pregnant, and Jehovah's Witness. For data collection, the Theoretical Model of Nancy Roper (model of activities of daily living) was used and for the elaboration of the nursing care plan, the ICNP and NIC taxonomy was used.

**Results:** Based on the initial assessment, 17 nursing diagnoses were identified, of which two diagnoses stood out as being relevant to the issue of religion: Current anxiety and present moral anguish.

**Conclusion:** Religious beliefs often lead to ethical conflicts in blood transfusion decisions, as there are religions that do not allow it and in a case of life or death, health professionals end up having to decide whether they respect the patient's wishes or if your professional deontology, however, there are more and more alternatives to a blood transfusion, where we can reduce this ethical dilemma.

**Keywords:** religion; blood transfusion; pregnancy; case reports; bioethics

## RESUMEN

**Introducción:** La religión juega un papel fundamental en la vida cultural de diferentes grupos y lugares que se integra de manera compleja en las creencias, acciones y vivencias de los fieles.

**Objetivo:** Desarrollar una propuesta de plan de atención con énfasis en las intervenciones realizadas de acuerdo con las creencias religiosas y sus decisiones ante una paciente embarazada.

**Métodos:** Estudio de caso organizado según las directrices del CAsE REport referido a una usuaria de 26 años, 41 semanas de embarazo y Testigo de Jehová. Para la recolección de datos se utilizó el Modelo Teórico de Nancy Roper (modelo de actividades de la vida diaria) y para la elaboración del plan de cuidados de enfermería se utilizó la taxonomía ICNP y NIC.

**Resultados:** A partir de la valoración inicial se identificaron 17 diagnósticos de enfermería, de los cuales se destacaron 2 diagnósticos relevantes al tema de la religión: Ansiedad actual y angustia moral actual.

**Conclusión:** Las creencias religiosas suelen derivar en conflictos éticos en las decisiones de transfusión de sangre, ya que hay religiones que no lo permiten y en un caso de vida o muerte, los profesionales sanitarios acaban teniendo que decidir si respetan los deseos del paciente o si su deontología profesional, Sin embargo, cada vez hay más alternativas a la transfusión de sangre, donde podemos reducir este dilema ético.

**Palabras Clave:** religión; transfusión sanguínea; embarazo; informes de casos; bioética

## 1. INTRODUÇÃO

Este relato de caso é referente a uma pessoa do género feminino, de 26 anos, raça caucasiana, casada, com o 12º ano de escolaridade, empregada como técnica de ação educativa, índice obstétrico 0010, idade gestacional de 41 semanas, com Oligohidramnios. Tem como religião - Testemunha de Jeová, sem testamento vital ou declaração assinada pelo pastor. Foi internada para ser realizada indução do trabalho de parto. O parto ocorreu no mesmo dia, tendo sido um parto distócico por ventosa, com extração de um recém-nascido do sexo masculino com 3750 kg e índice de Apgar 9/10.

A gravidez é considerada um evento fisiológico natural que ocorre sem intercorrências, no entanto, em 20% dos casos, há probabilidade de evolução desfavorável tanto para o feto quanto para a mãe, configurando assim uma gravidez de alto risco, definida por uma ampla gama de condições clínicas, obstétricas e/ou sociais que podem levar a complicações na gravidez. Esses riscos estão principalmente relacionados a doenças pré-existentes ou complicações da gravidez devido a causas orgânicas, biológicas, químicas e ocupacionais, bem como a condições sociais e demográficas desfavoráveis (Brilhante & Jorge, 2020).

Durante o parto vaginal, há vários riscos associados, nomeadamente a ocorrência de hemorragia pós-parto (HPP). A hemorragia em obstetrícia é a principal causa de morbimortalidade materna, afetando cerca de 2% das mulheres em trabalho de parto e 5-10% dos partos e, concomitantemente responsável por um quarto da mortalidade materna. Caracteriza-se por uma perda superior a 500 ml após o parto vaginal e a 1000 ml após uma cesariana, sendo que, segundo o American College of Obstetricians and Gynecologists, definiu HPP como perdas sanguíneas iguais ou superiores 1000 ml ou ainda perdas hemáticas acompanhadas de sinais e sintomas de hipovolémia nas primeiras 24 horas após o parto (Carvalhas et al., 2018). Esta pode ser desencadeada por um trabalho de parto prolongado, atonia uterina (70% dos casos), pela realização de episiotomia, por macrossomia, uso de fórceps e ventosa, indução do trabalho de parto, restos placentares, hemorragia pós-parto prévia e a nuliparidade. Como profilaxia, alguns estudos apontam que a ocitocina tem indicação mais efetiva para a utilização de forma profilática em relação ao misoprostol, no entanto, deve-se administrar prostaglandinas, iniciar a massagem uterina após identificação da hemorragia, e quando não reverte deve-se administrar hidratação venosa e realizar transfusão sanguínea (Santos, 2020; Vieira et al, 2018). Porém, é também cada vez mais utilizado a transfusão autóloga, tendo este tratamento revelado segurança e um aumento em obstetrícia, havendo referência a poucas complicações. Esta deve ser considerada sempre que se antecipe a perda de um volume de sangue que implique a necessidade de transfusão, como nas grávidas com risco acrescido de hemorragia ou em parturientes onde a transfusão não é uma opção, por recusa da mesma (Vieira et al, 2018).

A religião desempenha um papel fundamental na vida cultural de diferentes grupos e lugares que é integrado em formas complexas nas crenças, ações e experiências dos fiéis. A religião é entendida como um sistema vasto de princípios, normas e valores, associados aos elementos sagrados e espirituais, que determinam as escolhas e o comportamento do ser humano, estrutura, a par de outros fatores, a identidade cultural dos grupos sociais. De acordo com Franca (2016, p.22) “a importância da religião, na estruturação da identidade de cada um, está patente em três dimensões: uma dimensão intelectual-emocional, onde se incluem crenças, doutrinas, a reflexão; uma dimensão ritual-celebrativa; uma dimensão praxística, com os aspetos morais, caritativos, de combate pela justiça; uma dimensão comunitária, já que as anteriores dimensões são vividas comunitariamente e estabelecem laços de comunidade”. Os fiéis, ao integrarem as crenças e as práticas religiosas na sua vida quotidiana, projetam no espaço a sua identidade religiosa e nas relações sociais que estabelecem com a comunidade onde se inserem (Franca, 2016).

Enquanto religião, encontramos os seus direitos e deveres na Lei n. 16/2001, de 22 de junho, bem como os direitos e deveres dos seus fiéis, importa referir que o artigo 2.º, aborda a igualdade entre todas as religiões perante o Estado português, o que atesta não só o princípio da separação entre o Estado e as igrejas, como revela a importância que o fenómeno religioso tem para o legislador e para a sociedade portuguesa (Pratas, 2016).

Este caso foi escolhido tendo em conta a religião da pessoa em estudo, praticante de Testemunha de Jeová. De acordo com o Relatório Mundial das Testemunhas de Jeová de 2020, em Portugal são cerca de 51 991 praticantes, disponível no site oficial das testemunhas de jeová (<https://www.jw.org/pt-pt/biblioteca/livros/relatorio-do-ano-de-servico-2020/>). As parturientes testemunhas de Jeová constituem uma população obstétrica única porque, de acordo com suas crenças religiosas, recusam as transfusões sanguíneas total e dos seus quatro componentes principais, pois esta é proibida pela bíblia, uma vez que o sangue é considerado a alma. Esta recusa tem por base a ordem bíblica de “abster-se de sangue”, mas esta orientação muitas vezes suscita conflitos ético entre os profissionais de saúde e o utente, no site oficial das testemunhas de jeová (<https://www.jw.org/pt-pt/pesquisar/?q=transfus%C3%B5es+de+sangue>) pudemos consultar vários textos onde este assunto está explanado. Sendo muito importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento de como abordar estas pessoas, quais as opções que a mesma aceita em caso de precisar deste tipo de tratamentos e planejar cuidados de enfermagem de acordo com as suas crenças. No entanto, durante o parto, a hemorragia pode ser inesperada e dessa forma, as utentes que recusam transfusões de sangue tem gerado ao longo dos tempos situações de conflito envolvendo médicos, utentes e familiares. Ao se tratar as parturientes que recusam as transfusões de sangue e hemocomponentes, a situação torna-se ainda mais delicada devido ao risco pela própria gestação relacionado a hemorragias, porém obrigar alguém a realizar um tratamento médico sem o seu consentimento prévio constitui uma prática não ética porque uma pessoa não pode ser privada do direito de liberdade e de autodeterminação por motivo de crenças religiosas (Bezerra, Cesar & Lara, 2015).

As mudanças éticas, morais e legais associadas à evolução técnico-científico nos últimos anos conduziu a novas práticas em saúde, mais voltadas ao respeito da autonomia, de igual modo que os hemocomponentes e hemoderivados têm um papel importante dentro dos tratamentos à base de sangue. Dentro dos tratamentos sanguíneos que podem auxiliar neste e em outros processos fisiológicos pode-se mencionar: sangue total (transfusão), hemocomponentes (plasma, hemácias, plaquetas, plasma rico em plaquetas e gel de plaquetas), hemoderivados (cola de fibrina, soros, vacinas, expansores de plasmáticos e fatores de coagulação), também a transfusão de sangue total autólogo fresco (Colheita e armazenamento pré-operatório de sangue autólogo para posterior reinfusão), é recusada de acordo com a posição religiosa e ética sobre tratamentos médicos e assuntos relacionados (<https://www.jw.org/pt-pt/biblioteca-medica/estrategias-descarregar/posicao-religiosa-e-etica-tratamentos-medicos-assuntos-relacionados/>). De entre estes, os mais aceites são os hemoderivados, ainda que existam testemunhas de Jeová que os consideram como sangue, ou seja, como alma. Sendo então os hemocomponentes os menos aceites, por terem mais constituintes do sangue (Azambuja & Garrafa, 2010).

Do ponto de vista ético, se um utente for plenamente informado sobre os riscos/benefícios de não receber transfusão sanguínea ou dos seus hemocomponentes, e ainda assim, persistir na sua recusa, essa decisão deve ser respeitada. O respeito a essa autonomia é um dos princípios fundamentais em que se baseia a ética biomédica e o princípio da autonomia leva em conta a liberdade e a responsabilidade da utente, em decidir o que é bom para ela, mesmo que a escolha não seja compartilhada pelo médico. Porém, para que seja preservado o direito à autonomia das suas decisões, estas utentes têm de utilizar um documento registado e assinado pelo seu pastor e mais duas testemunhas e ainda ter o testamento vital atualizado, pois, caso a parturiente/puérpera apresente uma hemorragia e perca a consciência e tenha o testamento vital onde diga as alternativas aos cuidados de saúde definidos ou um responsável para tomar as decisões a respeito do seu tratamento, a sua vontade deverá ser exercida (Bezerra, Cesar & Lara, 2015).

A Lei n.º 25/2012 vem então salvaguardar o direito a um tratamento isento de sangue, através da possibilidade de, previamente, em consciência, darem a conhecer, por documento escrito, a sua vontade, a qual, regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital. Todavia, tal desejo nem sempre acaba por ser atendido, em razão de, numa situação de urgência, o médico agir sem respeitar a escolha do tratamento, com o intuito de salvar a vida ao paciente (Pratas, 2016).

No decurso de um internamento, por vezes existem médicos objetores de consciência, e apesar de não terem força de lei, o Código de Ética Médica estabelece, que o médico não é obrigado a prestar serviços que contrariem as suas crenças. E como os apoiantes testemunhas de Jeová não aceitam transfusões de sangue total ou dos seus componentes primários por contrariar os princípios bíblicos que defendem, esta recusa torna-se uma questão sensível quando do impacto com o compromisso dos médicos (devido ao Juramento de Hipócrates) em defender a saúde e o bem-estar dos seus utentes. Pelo que por vezes se geram conflitos éticos, pois se o utente expressar a sua vontade e recusar algum tratamento médico, como a transfusão sanguínea, e tiverem o testamento vital atualizado tem de ser respeitada a autonomia de vontade e o médico deverá obedecer à vontade do utente, mas por outro lado em caso de risco de vida se o médico obedecer à vontade do utente vai estar a ir contra o seu juramento de salvar vidas (Junior, Mendes, & Baretta, 2020).

O presente relato de caso, tem como objetivo, elaborar uma proposta de plano de cuidados com ênfase nas intervenções realizadas consoante as crenças religiosas e as suas decisões perante uma utente grávida.

## 2. MÉTODOS

O presente estudo de caso é definido como um método de pesquisa estruturado, onde foi aplicado com o objetivo de explorar, descrever e explicar a situação mais profundamente, com base em evidências, permitindo uma melhor compreensão de determinados fenómenos da vida (Andrade et al., 2017). Este estudo de caso obedece às diretrizes da CAsE REport (CARE) (Riley et al., 2017), e recorreu-se ao fluxograma para a exposição do caso segundo o modelo de Equator Network (2019).

A recolha de dados foi realizada através da entrevista, da observação e do exame físico, da utente. Para tal, foi necessário explicar e esclarecer a utente sobre a realização do estudo caso e qual a sua finalidade, esclarecendo os seus direitos, garantir o anonimato e a confidencialidade de todos os dados obtidos. Respeitando, assim, o consentimento informado verbal, e os princípios éticos da investigação em enfermagem, no que diz respeito à beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2020). Foi obtido o consentimento verbal da utente, sendo que devido ao atual contexto de pandemia, a obtenção do consentimento escrito não foi possível. Todavia com vista à publicação do estudo, os dados foram fundamentados, foi respeitado o anonimato cumprindo os princípios estabelecido na Declaração de Helsínquia para estudos envolvendo seres humanos (2013) e seguimos as recomendações patentes na Convenção de Oviedo (Portugal, 2001) de forma a garantir a dignidade humana.

Este estudo caso foi elaborado segundo o Modelo de Enfermagem Baseado nas Atividades da Vida Diária – Roper, Logan & Tierney (2001), já que tem como principal pressuposto o facto de se avaliar a qualidade de vida dividindo esta avaliação nas atividades de vida diária do indivíduo. Este tem como centralidade a pessoa, sendo esta definida como um sistema aberto em permanente interação com o meio ambiente, compreendendo doze atividades de vida diárias que são influenciadas pelos fatores biológicos,

psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos, ou seja, estas atividades estão condicionadas pelos estádios de vida. O indivíduo pode ter alturas que consegue ou não realizar determinada atividade de forma independente. Ao longo do ciclo vital até à idade adulta, o indivíduo passa por acontecimentos que podem afetar a forma como realiza as atividades de vida diária (AVD), tornando-se menos ou mais independente nas mesmas (Fonseca, Coroado & Pissarro, 2017).

A apreciação inicial da utente teve por base o Modelo das Atividades de Vida Diárias e após a recolha dos dados referentes à pessoa e ao seu contexto, procedeu-se à realização de um plano de cuidados de enfermagem. Em seguida, apresenta-se a apreciação da utente de acordo com o modelo teórico selecionado (tabela 1).

**Tabela 1-** Avaliação das Atividades de Vida Diárias

**Trabalho e lazer:** Trabalhava como técnica de ação educativa e passava o seu tempo na sua paróquia, assim como junto dos seus membros. Gostava de ler, ver televisão e cozinhar.

**Comunicação:** Apresentou-se consciente e orientada no tempo e no espaço. Enquanto esteve no bloco de partos apresentou-se ansiosa devido há situação da transfusão sanguínea e por recusa à realização de cesariana. Apresentou-se comunicativa com os profissionais de saúde, mostrando-se colaborante durante a realização dos procedimentos assim como um discurso coerente com articulação com o pensamento e conseguindo exprimir-se de forma compreensível e fluente. Apresentando por vezes um discurso apelativo devido às questões da sua religião, e não tendo documento com valor legal que informa que não desejam receber transfusões de sangue em nenhuma circunstancia, receava que não iria ser respeitada. Quando a utente chegou á sala de partos, referia dor apresentando um VAS de 8, e após a realização da analgesia a utente referiu um VAS de 3. Porém mesmo tendo sido realizado uma intervenção farmacológica para o controlo da dor a mesma realizava intervenções não farmacológicas para o alívio da mesma.

**Alimentação:** No bloco de partos, a utente apenas ingeriu chá, mas refere que durante toda a gravidez não teve uma alimentação muito saudável, ingerindo doces, salgados e de quantidades que não deveria. A puérpera antes da gravidez costumava apresentar um peso de cerca de 74 kg, porém sofreu um aumento ponderal de 35 kg, pelo que terminou a gravidez com cerca de 109 kg. Sendo uma senhora com cerca de 1,71 m, o seu IMC foi calculado em cerca de 37,3 kg/m<sup>2</sup>. Conclui-se, assim, que a utente se encontra acima do peso recomendado, atingindo um grau de obesidade. Tem consciência da sua imagem corporal e do facto de se encontrar obesa, porém tem a noção que necessita de perder peso, pois tem consciência de que é um risco cardiovascular.

**Respiração:** A parturiente ao entrar no bloco de partos e após realização da analgesia foi avaliada a tensão arterial, tendo 106/59 mmHg e 99 de FC. Mantendo-se sempre normotensa e normocardica até por volta das 17 h onde teve um episódio de hipotensão (83/53 mmHg e 98 bpm) que melhorou por volta das 17:30 h (94/53 mmHg 100 bpm), após perfusão contínua do lactato de ringer. Tendo os valores melhorados para 103/60 mmHg e FC de 110 bpm, aquando da transferência para o puerpério. Apresentou uma respiração toraco-abdominal e rítmica. Relativamente a episódios de taquicardia e tendo a utente antecedente do mesmo, posso concluir que a mesma apresentava risco do mesmo devido a administração de ocitocina e há ansiedade que vivenciou durante todo o TP. No entanto apresentou uma frequência cardíaca entre 98 bpm e 110 bpm. Apresentava útero com globo de segurança de Pinard, estando abaixo da cicatriz umbilical, com lóquios hemáticos em moderada quantidade. Tendo sido administrado misoprostol sublingual após episiorrafia.

**Higiene pessoal e vestuário:** Apresentava mucosas coradas e hidratadas. Após esforços expulsivos, e cansaço da mãe decide-se aplicar uma ventosa, onde houve necessidade de se realizar uma episiotomia e por sua vez uma episiorrafia, apresentando edema do períneo nesta localização. Apresentava episiorrafia devido à utilização da ventosa, no entanto a mesma apresentou-se sem sinais inflamatórios e com ligeiro edema, pelo que foi colocado gelo no períneo e foram realizados ensinios acerca dos cuidados de higiene a ter. Obstetricamente a utente apresentava mamas moles com saída de colostro e mamilos proeminentes. Pretendeu amamentar o seu RN na primeira hora de vida, no entanto, apresentou alguma dificuldade ao nível do posicionamento e ao nível da pega do RN. A utente também apresentou períodos de prurido, aquando da realização da analgesia sequencial, pois esta é uma das complicações relativas à técnica e também da administração da sufentanil.

**Manutenção de ambiente seguro:** Chegou ao bloco de partos consciente e um pouco agitada e com alguma ansiedade. Tinha cateter venoso periférico no dorso da mão direita, onde foi colocado um lactato de ringer em perfusão contínua. Por volta das 05:55 foi realizada a técnica de analgesia sequencial, onde foi administrado 1 ml de sufentanil, foram realizadas três repicagem com ropivacaína + sufentanil e duas repicagem com 10 cc de ropivacaína. Por volta das 10:08 inicia perfusão de ocitocina a 20 ml/h, onde as 10:20 aumentou para 25 ml/h por não apresentar contratilidade, onde se manteve até as 15:41 onde apresentou dilatação completa. Por ter realizado a técnica de analgesia e ter realizado um esforço maior do que o normal foi então avaliado o risco de queda, apresentando um score de 20 pontos.

**Eliminação:** Apresentava micções frequentes no WC, no entanto por apresentar globo vesical foi necessário a realização de esvaziamento vesical antes da aplicação da ventosa. Não havendo necessidade de a mesma urinar espontaneamente antes de ser transferida para o puerpério, pois aquando realizada a avaliação obstétrica a mesma não apresentava globo vesical, nem apresentava necessidade de urinar.

**Controlo da temperatura corporal:** Manteve-se sempre apirética e refere saber avaliar a temperatura e tem conhecimento sobre medidas a adotar quando a temperatura está elevada. Consegue reconhecer a sensação de frio e calor.

**Mobilidade:** Deu entrada no serviço de bloco de partos a deambular e após realização da analgesia sequencial a mesma manteve-se a deambular e a realizar exercícios de relaxamento.

**Sono:** Refere dormir por longos períodos durante a noite, no entanto nas últimas semanas tem acordado durante a noite devido ao desconforto da barriga.

Os diagnósticos de enfermagem (DE) foram selecionados de acordo com a Taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2016); as intervenções de enfermagem foram justificadas pela Nursing Intervention Classification [NIC] (Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2018), os resultados foram suportados e avaliados de acordo com a taxonomia CIPE. O fluxograma (figura 1) de acordo com a CARE guidelines (Equator Network, 2019) foi elaborado para melhor compreensão do caso. Os dados de avaliação apresentados reportam-se apenas ao momento da recolha, sem referência aos hábitos individuais antes do internamento.

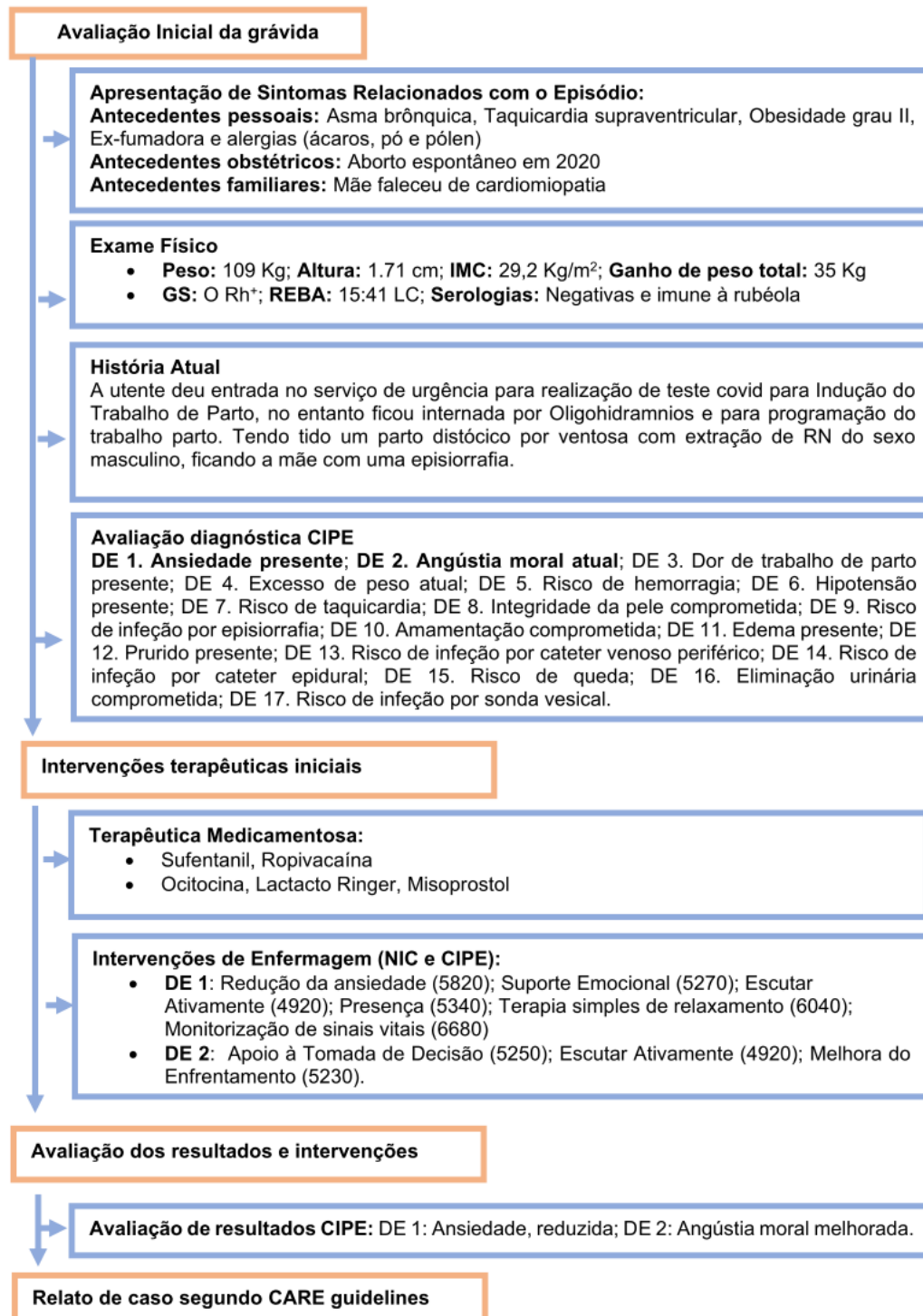


Figura 1 – Fluxograma do Relato do Caso

### 3. RESULTADOS

Tendo em conta os dados apresentados anteriormente e após se ter chegado aos 12 diagnósticos de Enfermagem, iremos apenas abordar neste artigo dois DE: 1. Ansiedade presente e 2. Angústia moral atual, foi necessário determinar as intervenções que podiam ser planeadas e aplicadas para diminuir esse risco. Sendo agora apresentado na tabela 2 e 3 o plano de cuidados elaborado para cada um dos DE.

**Tabela 2 – Plano de cuidados DE 1. Ansiedade**

DE 1. Ansiedade (10002429) – “Emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (CIPE, 2018).	
<b>Foco de enfermagem: Ansiedade</b>	
<b>Juízo de enfermagem: Atual</b>	
<b>Intervenções (NIC)</b> (Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2018)	<p><u>5820 - Redução da ansiedade</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fornecer à utente a informação necessária (e dentro das nossas competências) acerca da sua situação saúde/doença, tendo em conta os riscos para uma possível transfusão;</li> <li>Permanecer junto da utente e oferecer segurança;</li> <li>Compreender a perspetiva da utente sobre o fator gerador da ansiedade;</li> </ul> <p><u>5270 – Suporte Emocional</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oferecer apoio emocional;</li> <li>Encorajar o diálogo como meio de reduzir a ansiedade;</li> </ul> <p><u>4920 – Escutar Ativamente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recorrer à escuta ativa aquando da abordagem ao utente;</li> <li>Demonstrar interesse pela utente e estar atenta ao diálogo da mesma;</li> </ul> <p><u>5340 – Presença</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estabelecer confiança à utente;</li> <li>Oferecer privacidade à utente, promovendo o conforto e o bem-estar;</li> </ul> <p><u>6040 – Terapia simples de relaxamento</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Manter a utente em repouso;</li> <li>Orientar a utente para relaxar;</li> </ul> <p><u>6680 – Monitorização de sinais vitais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizar tensão arterial e frequência cardíaca;</li> </ul>
<b>Resultado esperado: Ansiedade nenhuma</b>	
<b>Resultado obtido: Ansiedade nenhuma</b>	
<b>Avaliação Final:</b> A utente apresentou-se sempre muito ansiosa devido ao facto de recusar a cesariana e pelas questões da sua religião, no entanto, após o nascimento do RN, a mesma já não aparentava ansiedade, uma vez que não ocorreu complicações no seu parto e assim sendo não houve necessidade de se voltar a falar na questão da hemotransfusão.	

**Tabela 3 – Plano de cuidados DE 2. Ansiedade moral**

DE 2. Angústia moral (10025542) – “Conflito de decisões” (CIPE, 2018).	
<b>Foco de enfermagem: Angústia moral</b>	
<b>Juízo de enfermagem: Atual</b>	
<b>Intervenções (NIC)</b> (Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2018)	<p><u>5250 – Apoio à Tomada de Decisão</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Esclarecer a utente das complicações do parto, seja ele eutócico, distócico ou uma cesariana;</li> <li>Ajudar a utente a identificar vantagens e desvantagens de cada alternativa à transfusão sanguínea;</li> <li>Esclarecer a utente a nível de ter no testamento vital as decisões que pretender para a sua saúde, assim como a declaração da sua religião, para ocasiões futuras não haver um conflito de decisões entre anestesistas e a utente;</li> <li>Proporcionar as informações solicitadas pela utente;</li> </ul> <p><u>4920 – Escutar Ativamente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recorrer à escuta ativa, aquando da abordagem à utente;</li> <li>Demonstrar interesse pela utente e estar atenta ao diálogo da mesma;</li> </ul> <p><u>5230 – Melhora do Enfrentamento</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reconhecer a experiência espiritual da utente;</li> <li>Avaliar a compreensão que a utente tem do processo saúde-doença, de maneira a conhecer os riscos do trabalho de parto.</li> </ul>
<b>Resultado esperado: Angústia moral melhorada</b>	
<b>Resultado obtido: Ansiedade melhorada</b>	
<b>Avaliação Final:</b> A utente compreendeu toda a situação e o conflito que foi gerado, pois teve consciência de que deveria apresentar uma declaração assinada pelo pastor, só que não possuía a mesma. Compreendeu a justificação dos anestesistas, no entanto nenhuma das partes cedeu relativamente a esta questão, havendo um dilema ético entre os profissionais de saúde e a utente. No entanto, não foi necessário desrespeitar a decisão de ninguém pelo que o trabalho de parto ocorreu sem intercorrências.	

## DISCUSSÃO

O trabalho de parto é um dos momentos mais importantes da mulher, provocando uma mudança constante, ou seja, transforma a mulher em mãe, física e emocionalmente. O parto é muito mais do que um evento físico e o que acontece no seu decurso pode influenciar de forma determinante a relação entre mãe, filho e restante família, assim como o próprio futuro reprodutor da mulher (Ferreira, 2017). No entanto este pode provocar risco de hemorragia na mulher, tanto quanto mais patologias a mulher tiver associadas, do tempo do trabalho de parto e no auxílio do mesmo, como, terceira fase do trabalho de parto prolongado, macrossomia, atonia uterina, indução do trabalho de parto, episiotomia, nuliparidade, utilização de fórceps e ventosa e ainda dificuldade na descida da apresentação fetal (Vieira et al, 2018).

Para assegurar a decisão desta utente, tivemos de ter conta os antecedentes da mesma, e tendo esta uma obesidade de grau 2, asma brônquica e taquicardia, tivemos de analisar os riscos destas para assim prevenirmos uma possível hemorragia, assim como os possíveis riscos do trabalho de parto. Pois, a consequência da obesidade no parto, independentemente da via do mesmo, é mais frequente o aumento da ocorrência de endometrites, infeção da ferida cirúrgica, lacerações da episiotomia e hemorragia pós-parto. Para além de que a obesidade torna a gestação de alto risco pelas complicações maternas e neonatais associadas às doenças cardiovasculares, hipertensão gestacional, diabetes mellitus, tromboembolismo venoso, aumento da incidência de cesarianas, macrossomia fetal, distocia de ombros, baixo peso ao nascer, hipoglicémia neonatal, entre outras (Paiva, Nomura, Dias & Zugaib, 2012; Nogueira & Carreiro, 2013). Assim como um parto distócico por ventosa por vezes pode originar lesões no períneo, e, por sua vez aumentar o risco de hemorragia pós-parto. Sendo por vezes a lesão do períneo um dos traumatismos que mais ocorre durante o parto, ou seja, as lacerações dos órgãos genitais externos, o que por sua vez pode aumentar as perdas hemáticas (Ferreira, 2017).

Sendo uma Testemunha de Jeová e ao recusar transfusão sanguínea, tivemos de tentar explicar os riscos que poderiam reverter do trabalho de parto e quais as possíveis formas de tratamento, no entanto a mesma manteve a sua opinião e preferia que lhe administrássemos as formas preventivas (ocitocina, prostaglandinas) e caso necessitasse de outro tratamento pensava noutra opção. Pois, os tratamentos possíveis para uma hemorragia pós-parto, vão depender da gravidade da mesma e posto isso poderá haver necessidade de uma transfusão sanguínea. No entanto são sempre tomadas as medidas preventivas, tais como, palpação do globo de segurança de Pinard, realização da expressão uterina, vigilância da perda de lóquios, monitorização dos sinais vitais, administração de ocitocina intravenosa, administração de cristaloides isotónicos para restabelecer o equilíbrio hidroeletrólítico (ex: Lactato de Ringer) (Vieira et al, 2018). Contudo, tendo em consideração a religião da utente e tendo os profissionais de saúde de estarem atualizados constantemente das novas formas de tratamentos, devemos considerar outras opções aceites pela utente, como a transfusão autóloga e a de hemoderivados (Azambuja & Garrafa, 2010).

Face às patologias, aos riscos do trabalho de parto e à religião, e como apresentadas na Tabela 2 e 3 foram levantados os diagnósticos de Ansiedade e Angústia Moral, e foi possível apurar que com as intervenções de enfermagem realizadas nos dois diagnósticos principais verificou-se uma melhoria na ansiedade e por sua vez uma melhoria da angústia moral, pois não ocorreu nenhuma hemorragia, mesmo tendo havido a realização de uma episiorrafia e um trabalho de parto por ventosa (Freixo, 2015).

A importância do controlo da ansiedade é fundamental, pelo facto de a mesma representar um risco sobre o crescimento e comportamento fetal e ainda por apresentar menor peso fetal (Pinto, Caldas, Silva & Figueiredo, 2016). A ansiedade na gravidez por vezes é desencadeada por um conjunto de preocupações relacionadas com o parto, com a saúde do recém-nascido, e, neste caso, foi pelo facto das decisões e das crenças da utente não serem respeitadas. Logo, o enfermeiro deve ter em atenção as crenças da utente e identificar possíveis alterações psicológicas durante o parto e pós-parto, de maneira a realizar intervenções preventivas e a realizar um acolhimento adequado a cada parturiente, melhorando o nível de conhecimento da mulher e por sua vez proporcionar menos ansiedade (Araújo et al, 2020). Ou seja, neste caso foi fundamental acompanhar a parturiente e retirar todas as dúvidas relativas ao trabalho de parto e possíveis riscos do mesmo, e, dar-lhe o conhecimento necessário relativo à sua decisão no que constava ao tratamento a ser executado numa possível hemorragia pós-parto.

O enfermeiro é então fundamental na realização das intervenções e na compreensão e interação do processo saúde doença, no sentido de implementar as intervenções e avaliar posteriormente as mesmas, tendo em conta a individualização dos cuidados. Pois, o papel da enfermagem no parto deve iniciar precocemente, auxiliando e assistindo as mulheres que desejam vivenciar a experiência de ser mãe e tentar reduzir os riscos do mesmo. O profissional de saúde que vai estabelecer o vínculo com a parturiente proporcionará à mesma mais segurança e confiança para as suas dúvidas e decisões tendo como objetivo o bem-estar de saúde da mulher e do feto.

Porém, a recusa à transfusão de sangue e hemocomponentes pelas parturientes e puérperas tem gerado muitos conflitos jurídicos, éticos e bioéticos, pelo que, quando a vida de uma utente está em risco, e ela recusa hemotransfusão, o médico vivencia uma situação de difícil resolução, dado que deve escolher entre respeitar a autonomia do paciente ou os códigos legais que regem a sua prática (Bezerra, Cesar & Lara, 2015).

## CONCLUSÃO

Relativamente à questão relevante neste estudo, esta utente não tinha qualquer documento que comprovasse a sua religião, foi um pouco mais complicada a relação entre os profissionais de saúde e a própria, pois por um lado, pretendeu-se respeitar a sua decisão, mas por outro se ocorre-se algum risco para a própria vida, os profissionais de saúde já não poderiam respeitar a utente. Isto fez então que os cuidados fossem mais direcionados para a ansiedade da mesma, tentando explicar a situação e por outro lado dar esperança à utente de maneira a diminuir a ansiedade.

No que diz respeito ao dilema ético existente, este passou muito pelo facto da equipa de obstetras e de anestesistas serem objetores de consciência e, pelo facto de a utente não ser portadoras de um documento com valor legal que informa que não desejam receber transfusões de sangue em nenhuma circunstância. O documento é elaborado de acordo com as leis locais e informa também qual e a decisão pessoal do portador no que diz respeito a frações de



sangue, procedimentos que envolvem o uso do seu próprio sangue e outros assuntos de natureza medica. A equipa médica tentou explica à utente a situação, para que a mesma tivesse consciência da problemática que aquela questão estava a levantar, no entanto a utente manteve a sua decisão e no final do parto não ocorreu qualquer intercorrência e nem houve necessidade de tratamentos com transfusão sanguínea.

Esta situação, levou á reflexão do quanto é importante termos todas as nossas decisões de saúde registadas no testamento vital de maneira a que a vontade seja respeitada, mesmo em caso de risco de vida. Mas por outro lado, são os profissionais de saúde que tomam decisões que vão contra o seu código ético.

A elaboração deste relato de caso, permitiu refletir sobre a importância da religião nos cuidados de saúde prestados aos utentes, nomeadamente da importância que o cuidado de enfermagem, tem nestas situações.

As possíveis limitações deste Estudo Caso referem-se aos artigos utilizados, uma vez que foram utilizados apenas os artigos disponíveis on-line e gratuitamente, e os mais recentes possíveis, o que pode ter levado à não inclusão de alguns estudos relacionados à temática, disponibilizados em bases de dados que não tive acesso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, S. R., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Araújo, A. B., Nunes, Ádrya C. M., Pessoa, A. V. S., Gomes, B. C., Silva, E. R., Sousa, L. de M., Sousa, N. R. P. de, & Soares, F. A. de F. (2020). Assistência de enfermagem a mulheres com ansiedade e depressão na gravidez: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(10). Dispo<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.6961>
- Azambuja, L. E. O. & Garrafa, V. (2010) Testemunhas de jeová ante o uso de hemocomponentes e hemoderivados. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(6), 705-709. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000600022>.
- Bezerra, A. P. A., Cesar, M. B., & Lara, S. R. G. (2015). Recusa a Transfusão de Sangue por Gestantes e Puérperas Testemunhas de Jeová. (Portuguese). *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(4), 1043–1051. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150078>
- Brilhante, A. P. C. R., & Jorge, M. S. B. (2020). Violência institucional na gravidez de alto risco à luz das gestantes e enfermeiras. (Portuguese). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0816>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 7ª ed. Missouri: Elsevier.
- Carvalho, J., Alves, C., Ferreira, C. T., Silva, I.S., Costa, F. J., Almeida, J.P., Guedes, I., Aguiar, J., Vilhena, I. R., Lança, F., & Rodrigues, A. (2018). Recomendações Portuguesas para a Abordagem Multidisciplinar da Hemorragia Obstétrica - Elaboradas por Grupo Multidisciplinar de Consensos 2017. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*, 27(1), 30–44. <https://doi.org/10.25751/rspa.14811>
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2018). ICNP Browser. Retrieved from: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Equator Network (2019). Flow Diagram — Case Reports following the CARE guidelines. Retrieved from: <https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2013/09/%20CAREFlowDiagram-updated-2019.pdf>
- Ferreira, H. C. T. (2017). *Minimizar o trauma perineal da mulher em trabalho de parto contributos do enfermeiro obstetra*. Dissertação de Mestrado. ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.26/20991>
- Fonseca, C., Coroado, R., Pissarro, M., (2017) A importância do Modelo das Atividades de Vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney na formação de estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem. *Journal of Aging & Innovation*, 6 (3): 96 – 102. Retrieved from: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/10-Nancy-Roper.pdf>
- Franca, M. M. F. H. da C. M. da. (2016). *A expressão territorial da identidade religiosa da população católica portuguesa. Estudo de Caso da Diocese de Coimbra*. Tese de Doutoramento. Universidade de Coimbra. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10316/29556>
- Freixo, M. L. (2015). *Implicações da utilização da analgesia epidural na evolução do trabalho de parto*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10316/30774>
- Junior, A. S. R., Mendes, B. Y. L., & Baretta, G. A. (2020). Serviço Militar Compulsório e Medicina Sob a Ótica da Objeção de Consciência. *Revista FSA*, 17(7), 138–158. <https://doi.org/10.12819/2020.17.7.7>

- Nogueira, A. I., & Carreiro, M. P. (2013). Obesidade e gravidez. *Revista Médica Minas Gerais*, 23(1), 88-98. <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20130014>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na investigação de enfermagem*. Escola Superior de Saúde de Setúbal. Setúbal. Retrieved from: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook\\_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf\\_jun%202020.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE - Versão 2015. Lusodidacta. Retrieved from: [https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\\_2015.pdf](https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf)
- Paiva, L. V., Nomura, R. M. Y., Dias, M. C. G., & Zugaib, M. (2012). Obesidade materna em gestações de alto risco e complicações infecciosas no puerpério / Maternal obesity in high-risk pregnancies and postpartum infectious complications. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 58(4), 453-458. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000400016>
- Pinto, T. M., Caldas, F., Nogueira-Silva, C. & Figueiredo, B. (2017). Maternal depression and anxiety and fetal-neonatal growth. *Jornal de Pediatria*, 93(5), 452-459. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.11.005>
- Portugal. (2001). Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 de 3 de janeiro. Retrieved from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/235128/details/maximized>
- Pratas, C. A. (2016). As Testemunhas de Jeová e a Discriminação no Acesso a Tratamentos Isentos de Sangue. *Revista e-Pública*, 3(2). 160-193. Disponível em: <https://www.e-publica.pt/volumes/v3n2a08.html>
- Riley, D. S., Barber, M., Kienle, G., Aronson, J., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., et al., & Rison, R. S.-B. (2017). CARE guidelines for case report: explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 218-235. Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435617300379>
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. J. (2001). *O modelo de enfermagem: baseado nas atividades de vida diária*. Climepsi Editores. Lisboa.
- Santos, R. F. M. (2020). *A Alimentação durante o trabalho de parto*. Dissertação de Mestrado. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.26/33488>
- Vieira, S., Vidigal, B., Inácio, A., do Norte, A., & Vasconcelos, M. (2018). Avaliação da assistência de enfermagem na hemorragia pós-parto. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12(12), 3247-3253. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236179p3247-3253-2018>