

estes profissionais de saúde a utilizar estas TIC, com o objetivo de os capacitar para a utilização destes recursos, numa perspetiva participativa, dialógica e problematizadora. Esta capacitação pode contribuir para diminuir as inseguranças sentidas pelos enfermeiros, fortalecendo os referenciais teóricos dos mesmos, no que se refere, à abordagem e promoção da saúde sexual dos adolescentes e à utilização das TIC, nas sessões de educação para a saúde.

Concluindo, podemos constatar que as TIC se revelam como meios eficazes para abordar e promover a saúde sexual dos adolescentes e que, os mesmos, aderem significativamente a estas, visto que, podem expor as suas dúvidas de forma anónima. Face ao exposto, torna-se necessário que os profissionais de saúde reconheçam a potencialidade destes recursos digitais e que, através da evidência científica, reconheçam as inúmeras possibilidades do uso destas ferramentas como estratégia educativa tecnológica, para captar a atenção dos adolescentes e influenciar assim os seus comportamentos de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa, S., Dias, F., Pinheiro, A., Pinheiro, P., & Vieira, N. (2010). Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção ao DST/AIDS. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 12(2), 337-341. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/45197913_Jogo_educativo_como_estrategia_de_educacao_em_saude_para_adolescentes_na_prevencao_as_DST/AIDS/download
- Bastos, I., Silva, I., Cavalcante, A., & Vasconcelos, M. (2018). Utilização das tecnologias de informação e comunicação para a saúde do Adolescente: uma revisão integrativa. *Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia*, 19 (2),

- 61-72. Disponível em <http://www.uvanet.br/essentia/index.php/revistaessentia/article/view/166/155>
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, 2(2), 6-7. Disponível em http://www.adolescenciaesaude.com/audiencia_pdf.asp?id2=167&nomeArquivo=v2n2a02.pdf
- Jones, D. (2010). Diálogos entre padres y adolescentes sobre sexualidad: discursos morales y médicos en la reproducción de las desigualdades de género. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, (14), 171-182. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/14.pdf>
- Krauss, H., Bogdański, P., Szulińska, M., Malewski, M., Buraczynska-Andrzejewska, B., Sosnowski P., ... Mikrut, K. (2012). Sexual initiation of youths in selected European countries compared with their sexual and contraceptive knowledge. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19(3), 587-592. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23020062>
- Lopes, A. (2016). *Consulta de Enfermagem do Adolescente – 12/13 anos – uma necessidade em saúde*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.
- Nogueira, M. (2016). Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Gestão em Enfermagem, 1(10), 102. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16343/1/OEnfermeirocomoPromotordaQualidadeAtendimentoaoAd.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Cadernos OE, Série I, Número 3, Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pinto, A., Scopacasa, L., Bezerra, L., Pedrosa, J. & Pinheiro, P. (2017). Uso de tecnologias da informação e comunicação na educação em Saúde de adolescentes: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 11(2), 634-644. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11983/14540>
- Soares, C., Hoga, L., Peduzzi, M., Sangaletti, C., Yonekura, T. & Silva, D. (2014). Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 336-346. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reusp/v48n2/pt_0080-6234-reusp-48-02-335.pdf
- Souza, V., Gazzinelli, M., Soares, A., Fernandes, M., Oliveira, R. & Fonseca, R. (2017). O jogo como estratégia para abordagem da sexualidade com adolescentes: reflexões teórico-metodológicas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(2), 394-401. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0376.pdf
- White, H. & Cooley, C. (2018). Supporting the Health Care Transition From Adolescence to Adulthood in the Medical Home. *American Academy of Pediatrics*, 142(5), 1-20. Disponível em <https://pediatrics.aappublications.org/content/142/5/e20182587>

Infertilidade e Endometriose: caso clínico

Infertility and Endometriosis: clinical case

Infertilidad e Endometriosis : caso clínico

Andreia Barros¹; Rebeca Insua², & Maria José Santos³

RESUMO

Estima-se que entre 60 e 80 milhões de pessoas em todo o mundo enfrentem dificuldades para concretizar o seu projeto de parentalidade, decorrente de situações patológicas que condicionam a fertilidade. As causas associadas à infertilidade são várias, sendo a endometriose a de maior prevalência. Com a taxa de natalidade a diminuir e o envelhecimento a tomar proporções elevadas em Portugal, é importante compreendermos não só quais os determinantes clínicos da "infertilidade", mas também qual o tratamento e cuidados mais adequados, mediante

a causa subjacente, para minimizar o impacto da infertilidade na vida dos casais. Desta forma, com recurso à metodologia de estudo de caso, pretende-se aprofundar conhecimentos sobre os factores de risco associados à infertilidade e conduta terapêutica, recorrendo à análise de um caso clínico e propondo um plano de intervenção de enfermagem. Da análise da história clínica, observou-se que a endometriose parece ser a principal causa da infertilidade, pelo que, tendo por base a história clínica e a idade da mulher, o tratamento mais indicado seria a reprodução medicamente assistida (RMA), com recurso à fertilização in vitro. Salienta-se a importância do Enfermeiro Especialista no processo de cuidar da mulher e casal nas situações de infertilidade, não só pelo domínio do conhecimento das técnicas de RMA e cuidados associados, mas também no apoio psicoemocional e no processo de adaptação do casal à parentalidade.

Palavras-chave: *endometriose, infertilidade, cuidados de enfermagem, caso clínico.*

¹ Licenciatura em enfermagem. Enfermeira no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho. Estudante do MESMO da ESS-UTAD.

² Licenciatura em enfermagem. Enfermeira no SERGAS. Estudante do MESMO da ESS-UTAD.

³ Enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia. Docente na ESS- UTAD.

ABSTRACT

It is estimated that between 60 and 80 million people around the world face difficulties to achieve their parenting project, due to pathological situations that condition fertility. The causes associated with infertility are several, with endometriosis being the most prevalent. With the birth rate decreasing and ageing taking high proportions in Portugal, it is important to understand not only which are the clinical determinants of "infertility", but also which are the most appropriate treatment and care, through the underlying cause, to minimize the impact of infertility on couples' lives. Thus, using the case study methodology, we intend to deepen our knowledge of the risk factors associated with infertility and therapeutic conduct, using the analysis of a clinical case and proposing a nursing intervention plan. From the analysis of the clinical history, it was observed that endometriosis seems to be the main cause of infertility, and therefore, based on the clinical history and age of the woman, the most suitable treatment would be medically assisted reproduction (RMA), using in vitro fertilization. The importance of the Nurse Specialist in the process of caring for the woman and couple in infertility situations is highlighted, not only by the mastery of the RMA techniques and associated care, but also in the psych emotional support and in the process of adapting the couple to parenting.

Keywords: *endometriosis, infertility, nursing care, clinical case.*

RESUMEN

Se estima que entre 60 y 80 millones de personas en todo el mundo tienen dificultades para lograr su proyecto de ser padres, debido a situaciones patológicas que condicionan la fertilidad. Las causas asociadas con la infertilidad son varias, siendo la endometriosis la más prevalente. Con la disminución de la tasa de natalidad y el envejecimiento en altas proporciones en Portugal, es importante comprender no sólo cuáles son los determinantes clínicos de la "infertilidad", sino también cuáles son los tratamientos y cuidados más adecuados, a través de la causa subyacente, para minimizar el impacto de la infertilidad en la vida de las parejas. Así pues, utilizando la metodología del estudio de casos, nos proponemos profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo asociados a la infertilidad y la conducta terapéutica, recurriendo al análisis de un caso clínico y proponiendo un plan de intervención de enfermería. Del análisis de la historia clínica se observó que la endometriosis parece ser la causa principal de la infertilidad, por lo que, sobre la base de la historia clínica y la edad de la mujer, el tratamiento más indicado sería la reproducción médicamente asistida (RMA), mediante la fecundación in vitro. La importancia de la enfermera especialista en el proceso de atención a la mujer y la pareja en situaciones de infertilidad se pone de relieve, no sólo por el dominio de las técnicas de RMA y los cuidados asociados, sino también en el apoyo psicoemocional y en el proceso de adaptación de la pareja a la crianza de los hijos.

Palabras clave: *endometriosis, infertilidad, cuidados de enfermería, caso clínico.*

INTRODUÇÃO

Em todas as sociedades e em todas as épocas, a infertilidade sempre ocupou um papel importante, mas nunca como hoje ela teve uma visibilidade tão grande. Com as taxas de natalidade a diminuir e o envelhecimento social a tomar grandes proporções em Portugal, urge a necessidade de encontrar soluções para os casais que querem ter filhos (DGS, 2010). A infertilidade é um problema cada vez mais recorrente nas sociedades contemporâneas, sobretudo nos países desenvolvidos, com consequências no bem-estar físico e psicoemocional dos indivíduos (Simões, 2010; Duccini et al., 2019).

Ter um filho traz um significado pessoal importante à vida da mulher, uma vez que a gravidez pode

representar a confirmação da sua feminilidade. Estudos confirmam ainda que a infertilidade pode desestruturar a representação da autoimagem da mulher, afetando a forma como ela se sente a respeito de si mesma, uma vez que continua a ser vista como a principal responsável pelos problemas de infertilidade. Imersos nesta grande instabilidade emocional, os casais inférteis procuram os serviços de Reprodução Medicamente Assistida (RMA), na esperança de terem um filho biológico e de concretizar o sonho de serem pais (Leite & Frota, 2014). Ao mesmo tempo em que gera grandes esperanças, por poder possibilitar a conquista da desejada gravidez, o tratamento para a infertilidade implica riscos e grandes reações emocionais, podendo mesmo ser sentida como uma "experiência devastadora" (Borlot & Trindade, 2004).

A infertilidade tem sido considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de saúde pública, pelas elevadas taxas de prevalência, sobretudo nos países mais industrializados (DGS, 2010). A OMS afirma que a infertilidade afeta cerca de 12% dos casais de todo o Mundo, com prevalência geral de 5% na população em idade reprodutiva. Em Portugal, não se conhece o número exato de casais inférteis, contudo, de acordo com o único estudo de âmbito nacional – Estudo Afrodite, a prevalência da infertilidade situa-se nos 9% (Carvalho & Santos, 2009; Lanius et al., 2008 citado por Silva et al., 2012).

Existem diversos factores associados ao aumento do número de casais inférteis, e embora a problemas de ordem biológica assumam particular relevância, também os problemas sociais e psicológicos, entre os que se inclui o stresse ligado aos estilos de vida e o adiamento da maternidade, relacionado com escolhas individuais mas também com as exigências profissionais que se colocam às mulheres (Lousado, 2010).

Um casal é considerado infértil quando não ocorre uma gravidez, após um ano de relações sexuais regulares não protegidas, em mulheres com menos de 35 anos ou após seis meses em mulheres com mais de 35 anos (Silva et al., 2012).

Segundo a Associação para o Planeamento da Família (APF), existem várias causas que podem estar relacionadas com a infertilidade, entre elas destacam-se a obstrução das trompas (30%), a falência da ovulação (20-25%), patologia do útero (5%), muco cervical desfavorável, abortos de repetição e a endometriose. Estima-se que a endometriose ocorra em 3 a 10% das mulheres em idade reprodutiva e 25 a 35% das mulheres inférteis (DeCherney & Nathan, 2005; Duccini et al., 2019). A Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG, 2015), aponta para percentagens ainda mais elevadas, referindo que 30 a 50% das mulheres com endometriose têm in-

fertilidade. A endometriose é uma doença ginecológica benigna, crônica e estrogênio dependente. Caracteriza-se por uma proliferação anormal de tecido endometrial (glândulas e estroma), a nível extrauterino, sobretudo em órgãos pélvicos e peritoneu, embora possa ter outras localizações (Mendes & Neves, 2016). Esta doença é diagnosticada quase exclusivamente em mulheres em idade reprodutiva, embora possa também ocorrer em mulheres na pós-menopausa (2 a 4%) (DeCherney & Nathan, 2005; Mendes & Neves, 2016).

Embora não haja ainda grande consenso acerca da etiopatogenia, algumas evidências indicam que a combinação de fatores genéticos, hormonais e imunológicos podem contribuir para a formação e o desenvolvimento dos focos ectópicos da endometriose. As implicações deste desconhecimento são graves, uma vez que implica o aparecimento de múltiplas propostas terapêuticas, algumas das quais sem fundamento científico e, na maior parte dos casos, totalmente ineficazes (Nácul & Spritzer, 2010).

As principais manifestações clínicas da endometriose são a dismenorreia (entre 62,2% e 79%), dor pélvica (69%), dispareunia (45%) e infertilidade (26%). Podem existir outras manifestações, como a obstipação, a diarreia e a dor nos membros inferiores e na região lombar (Aguir et al., 2016; Duccini et al., 2019). A gravidade dos sintomas pode não estar correlacionada com a extensão da endometriose, podendo mesmo existir queixas atípicas e, em alguns casos ser assintomática, mesmo em casos de doença avançada (Mendes & Neves, 2016). O vasto leque de manifestações clínicas, exige que esta patologia seja considerada no diagnóstico diferencial de quase todas as doenças pélvicas. Nas situações ligeiras de endometriose a infertilidade pode estar relacionada com a disfunção ovárica, inflamação pélvica e insuficiência luteínica e nas situações de endometriose moderada ou grave, com o envolvimento dos ovários e múltiplas aderências que bloqueiam a motilidade das trompas uterinas dificultando a captação do ócito (Mendes & Neves, 2016).

O tratamento da endometriose deve ser individualizado e pode ser médico, cirúrgico ou combinação destas opções. As doentes devem ser orientadas para um centro de referência de modo a permitir uma abordagem por uma equipa multidisciplinar diferenciada (SPG, 2015). O tratamento para doentes com dor pélvica inclui predominantemente a contraceção hormonal Combinada (CHC), quando a avaliação clínica sugerir endometriose mínima ou leve). Os análogos do GnRH devem ser usados na suspeita de endometriose profunda infiltrativa. O principal objetivo do tratamento médico é a manipulação hormonal de forma a promover um ambiente desfavorável

ao crescimento dos impantes endometriais, reduzindo simultaneamente a dor associada à endometriose.

Embora a conduta expectante, possa ser uma opção em doentes assintomáticas, estão descritos vários tipos de tratamento de acordo com a gravidade da situação clínica (DeCherney e Nathan, 2005). De entre as opções de tratamento médico, que está recomendado nas situações de dor pélvica destacam-se: i) a terapêutica com contraceção hormonal combinada (pílulas monofásicas de baixa dosagem de estrogénios) é habitualmente recomendada com objetivo interromper os ciclos de estimulação e sangramento do tecido endometrial e alívio da dor. Os progestativos atuam diretamente na decidualização e atrofia do tecido endometrial, dado que inibem a secreção de hormonas gonadotrópicas e ováricas; ii) os análogos da GnRH são geralmente bem tolerados e eficazes no alívio dos sintomas da endometriose, mas os efeitos adversos provenientes do hipotestosteronismo não podem ser desconsiderados. Estes fármacos atuam no hipotálamo, inibindo a liberação de gonadotropinas, suprimindo os picos de LH e FSH na segunda metade do ciclo menstrual; iii) o Danazol tem efeitos androgénicos e tem-se revelado particularmente eficaz no controle da dor associada à endometriose, uma vez que 90% das doentes relatam alívio da dor. Porém os efeitos adversos como a acne, hirsutismo e as mialgias dificultam a tolerância à medicação, sobretudo em tratamentos prolongados e que não devem ultrapassar os seis meses; iv) pode ainda ser considerado o tratamento analgésico com anti-inflamatórios não-esteroides e inibidores da síntese das prostaglandinas, que são eficazes sobretudo nas doentes sem anormalidades ao exame pélvico ou nas doentes que não desejam engravidar.

No tratamento cirúrgico pode ser realizada a cauterização de focos superficiais da endometriose e libertação de aderências velamentosas, mas também podem ser consideradas intervenções mais complexas nos ovários, fundo de saco de Douglas, intestino, bexiga e ureteres. O tratamento cirúrgico apenas está preconizado para doentes que não respondam ao tratamento medicamentoso, bem como para aquelas que desejam engravidar espontaneamente (Nácul & Spritzer, 2010).

A RMA está recomendada para as mulheres inférteis, com endometriose e idade avançada ou que não tinham respondido aos tratamentos proposto (Nácul & Spritzer, 2010). Das técnicas de RMA, a inseminação intrauterina e a fertilização *in vitro* (FIV) podem estar recomendadas, tendo em conta o grau da doença, o envolvimento das trompas, a idade, o tempo de infertilidade e a presença de outros fatores de risco associados.

Em mulheres com mais de 35 anos, esta recomendada a FIV, que também é recomendada nos casos de endometriose grau III ou IV com comprometimento tubário, se houver fator masculino associado ou se os tratamentos prévios falharam (Nácul & Spritzar, 2010).

Tendo por base um caso clínico de uma mulher com uma situação de infertilidade associada à endometriose, são objetivos deste trabalho, aprofundar conhecimentos sobre os fatores de risco associados à infertilidade e conduta terapêutica recorrendo à análise de um caso clínico e propondo um plano de intervenção de enfermagem.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a revisão da literatura, utilizando como estratégia a aprendizagem baseada na resolução de estudos de caso (Case-Based-Learning - CBL), com o objetivo de adquirir conhecimento no mesmo contexto em que vai ser utilizado (Nadershahi, Benderm Beck, Lyon, & Blasseiro, 2013). No decorrer de uma unidade curricular do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi solicitada aos estudantes a resolução de um caso clínico com uma proposta de plano de intervenção de enfermagem, tendo por base as recomendações da evidência científica. Esta proposta de trabalho resultou do entendimento que as situações problema são o elemento chave para colocar o estudante perante cenários similares aos que irá encontrar na sua atividade profissional e nos quais poderá intervir usando o conhecimento teórico adquirido e capacidades de raciocínio. Esta metodologia permite que o estudante vá construindo o seu conhecimento, desenvolva competências de análise e fazendo a articulação entre o conhecimento teórico e a prática clínica (Ali et al., 2018).

O acesso à informação resultou da consulta do processo clínico da utente, que foi autorizada pela instituição de saúde, tendo sido assinado o consentimento livre e esclarecido por parte da utente. A confidencialidade foi garantida dado que na descrição do caso clínico em nenhum momento é possível a identificação da utente

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO: INFERTILIDADE E ENDOMETRIOSE

"Mulher de 38 anos, de raça caucasiana que apresenta queixas de infertilidade. Afirma que, têm tentado uma gravidez nos últimos 12 meses, tendo relações sexuais no período próximo da ovulação. Menciona com alguma ansiedade que apesar de nunca terem utilizado métodos contracetivos, nunca conseguiram uma gravidez."

História social: Costumava fumar aos vinte e poucos anos, meio maço de cigarros por dia, que deixou por volta dos 30 anos. Não bebe álcool, nem consome drogas.

Antecedentes relevantes: Não faz medicação e desconhece alergias.

História obstétrica e ginecológica: Menarca aos 12 anos, com ciclos regulares e 3 dias de fluxo menstrual com dismenorreia. Sem qualquer gravidez. Sem história de miomas, quistos ováricos ou infeções sexualmente transmissíveis. Sem história de patologia médica ou cirúrgica.

Exame físico: No exame físico geral aparenta ser uma mulher saudável e apresenta um IMC=23. Avaliados sinais vitais apresenta: TA: 120/70 mmHg, pulso 80 bpm, respiração 18 ciclos/m e temperatura axilar de 36,5°C. Tireoide não-palpável, auscultação cardíaca com batimento regular e rítmico sem murmúrios audíveis. Apresenta abdômen mole e depressível com sons intestinais normais, sem massas palpáveis.

Exame pélvico: genitalia externa normal, colo uterino sem lesões, útero em anteversão de tamanho normal. Efetuada avaliação por ecografia vaginal que revelou a existência de grandes quistos ováricos consistentes com endometriomas. Após a realização de laparoscopia confirmou-se endometriose no estágio grau III."

De acordo com o caso clínico apresentado, a endometriose parece ser é a principal causa para a mulher não ter conseguido engravidar nos últimos 12 meses. Importa realçar, que a endometriose associada à idade avançada das mulheres pode influenciar de forma significativa a capacidade das mulheres para engravidar, em particular a partir dos 35 anos (DeCherney & Nathan, 2005), pelo que a idade reprodutiva avançada desta mulher (38 anos) pode influenciar não só a escolha do tratamento mais adequado para o casal, mas também o seu sucesso.

Embora o diagnóstico definitivo da endometriose necessite de confirmação com outros exames complementares de diagnóstico, nomeadamente o recurso à laparoscopia, que faz parte da conduta padronizada do diagnóstico de endometriose (Mendes & Neves, 2016), os resultados do exame físico, dos exames laboratoriais e sobretudo da ecografia pélvica permitem predizer, com alto grau de confiabilidade, que a doente apresenta endometriose, uma vez que o primeiro exame complementar de diagnóstico que deve ser solicitado a uma mulher com história e exame físico sugestivo de endometriose é a ultrassonografia pélvica endovaginal (Mendes & Neves, 2016). Posteriormente a realização de laparoscopia, permite a classificação do grau de endometriose de acordo com o tipo histológico dos implantes e a localização anatómica da doença – peritoneu, ovário

ou septo retovaginal – ou pela extensão da mesma sobre os órgãos pélvicos (Mendes & Neves, 2016).

Atualmente, a classificação mais utilizada é a da *American Society of Reproductive Medicine* – revista em 1996, que classifica a endometriose em mínima, leve, moderada ou grave de acordo com a extensão da doença (DeCherney & Nathan, 2005).

Perante o caso clínico apresentado, sabemos que esta mulher teria uma endometriose moderada ou de estágio III, quer isto dizer, que muito provavelmente a doença atingiu ou ainda atingirá de forma profunda o peritoneu e ovários e também se poderão encontrar aderências das trompas e ovários, bem como bloqueio do fundo de saco de Douglas, achados clínicos que podem justificar a situação de infertilidade deste casal.

Como já mencionado o tratamento da endometriose deve ser individualizado e ter em consideração a gravidade dos sintomas, localização da doença, desejo de engravidar e a idade da mulher. Analisadas a história clínica e as hipóteses de tratamento, consideramos que o tratamento mais adequado para esta mulher, seria a RMA com recurso à FIV, muito embora não haja qualquer referência a fator masculino associado à infertilidade do casal.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NAS SITUAÇÕES DE INFERTILIDADE

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) pode ter um papel ativo na equipa de saúde, contribuindo para uma melhor articulação das unidades de RMA e os casais, uma vez que possui formação específica e orientada nesta área. Segundo Néné, Marques e Batista (2016), a atuação de enfermagem deve incluir nas seguintes áreas do cuidar:

- Consulta de enfermagem com anamnese e exame físico;
- Orientação e esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento;
- Atuação de enfermagem no Centro Cirúrgico de Técnicas de PMA e recuperação pós anestésica;
- Acompanhamento pré-natal;
- Apoio emocional em todo o processo de RMA e no período pós-natal.

No que diz respeito à orientação e esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento, após o reconhecimento das causas da infertilidade, o enfermeiro deve orientar e fornecer toda a informação necessária a cada casal sobre o tratamento, a duração do mesmo, os exames que serão necessários, bem como, sobre os possíveis efeitos colaterais. Relativamente aos centros cirúrgicos, o enfermeiro gere

as necessidades de espaço físico e de recursos humanos necessários para cada tratamento, sendo responsável pela recuperação pós-anestésica nos procedimentos em que é necessário realizar anestesia, como é o caso da transferência de embriões ou a inseminação artificial.

As gravidezes resultantes de técnicas de RMA são consideradas muitas vezes como de alto risco e requerem uma vigilância por profissionais de saúde especializados. A intervenção do enfermeiro visa prevenir, identificar e corrigir situações que prejudiquem a gravidez, trabalho de parto, parto e assistência ao recém-nascido. Devem acima de tudo promover apoio emocional à adaptação do casal e família à gravidez e parentalidade. A intervenção do enfermeiro é também importante na consulta de discussão das possíveis causas do insucesso do tratamento e hipóteses de tratamento a seguir, fornecendo apoio ao casal para uma nova fase no tratamento. A presença de um profissional que está presente e que se inquieta com os desejos e preocupações do casal, tem-se vindo a mostrar uma mais-valia dos centros de RMA, aumentando a confiança dos casais nestes serviços (Néné, Marques & Batista, 2016).

Na tabela 1, apresenta-se o plano de cuidados que foi elaborado em conformidade com a CIPE, de forma a dar resposta ao caso clínico apresentado. No plano de cuidados foram incluídos os diagnósticos potenciais, dado que a abordagem ao caso clínico foi realizada retrospectivamente em contexto de aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Relativamente ao caso clínico apresentado, uma vez estabelecido o diagnóstico e considerando a idade da doente não permitir recorrer ao tratamento farmacológico, pelo risco de atrasar ainda mais a idade da conceção, consideramos que a terapêutica a ser iniciada neste caso é a FIV. Pelo domínio do conhecimento das técnicas de RMA, o EESMO pode ter um papel fundamental no processo de cuidar da mulher/casal nas situações de infertilidade, não só cuidados associados às técnicas de RMA, mas sobretudo no apoio emocional e na adaptação do casal às exigências da gravidez e ao processo de parentalidade, contribuindo desta forma para o sucesso reprodutivo e satisfação com os cuidados.

Esta análise apresenta algumas limitações relacionadas com o facto de os dados terem sido analisados retrospectivamente, o que representou uma dificuldade na construção da proposta do plano de cuidados. Contudo consideramos que aprendizagem baseada em estudos de caso permitiu-nos experimentar a resolução de situações práticas similares à rea-

Tabela 1- Plano de cuidados

Foco	Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem
Comportamento de Procura de Saúde	Comportamento de procura de saúde comprometido	- Que a utente seja capaz de recorrer ao serviço de saúde mais adequado.	- Ensinar sobre comportamento de procura de saúde; - Promover comportamento de procura de saúde; - Ensinar sobre os recursos de RMA disponíveis.
Infertilidade	Infertilidade presente	- Que a doente tenha o tratamento mais adequado face à sua condição clínica.	- Ensinar sobre infertilidade e tipos de tratamento existentes; - Avaliar em conjunto com equipa multidisciplinar qual o tratamento mais adequado ao seu estado atual; - Disponibilizar apoio especializado.
Conhecimento	Falta de conhecimento sobre a doença	- Que a doente possua o conhecimento adequado face à situação clínica.	- Avaliar conhecimento sobre a doença; - Avaliar conhecimento sobre o tratamento; - Avaliar conhecimento sobre os sintomas; - Avaliar conhecimento sobre resposta ao tratamento; - Ensinar sobre a doença; - Ensinar sobre o tratamento; - Ensinar sobre sintomas associados à doença; - Ensinar sobre a resposta ao tratamento.
Ansiedade	Risco de ansiedade	- Que a doente não se sinta ansiosa.	- Avaliar ansiedade; - Gerir ansiedade; - Gerir resposta negativa ao tratamento.
Auto-estima	Risco de baixa auto-estima	- Que a doente não tenha sentimentos negativos ao próprio corpo (angústia, rejeição da situação atual, apatia, anedonia); - Que a doente se adapte à nova situação.	- Avaliar auto-estima; - Promover auto-estima; - Providenciar apoio emocional; - Favorecer a expressão de sentimentos;
Aceitação do estado de saúde	Aceitação do estado de saúde comprometida	- Que a doente aceite o seu estado de saúde atual.	- Avaliar aceitação do estado de saúde; - Facilitar aceitação do estado de saúde; - Promover aceitação do estado de saúde.

lidade profissional, o que se pode revelar uma mais-valia na resolução de problemas complexos que fazem parte do quotidiano dos ESSMO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ali, M., Hans, S.C., Bilal, H.S., Lee, S., Kang, M.J., , Kang, B.H., & Amin, M.B. (2018). ICBL: An interactive case-based learning system for medical education. *International Journal Of Medical Informatics*, 109, 55-59. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.11.004>

Associação para o Planeamento da Família (APF). Disponível em: <http://www.apf.pt/>

Borlot, A. M. M. & Trindade, Z. A. (2004). As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9 (1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000100008>

Carvalho, J.L.S & Santos, A. (2009). Estudo AFRODITE- *Caracterização da infertilidade em Portugal*. Porto. Disponível em: <https://ciencia20.up.pt/attachments/article/234/AFRODITE.pdf>

Decherney, A. H. & Nathan, L. (2005). *Obstetrícia e Ginecologia: Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro.

Duccini, E.C., Matos, F.P., Silva, M., Siqueira, R.B., Luna, V.G., & steves, A.P. (2019). Endometriose: uma causa da infertilidade feminina e seu tratamento. *Revista Caderno de Medicina*, 2(2). Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1393/573>

Félis, K.C & Rogério, J. A. (2016). Perspetiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. *Artigo de revisão*, 31(2). Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1413208716000078?token=6CCF72685A300FD7639858574CCA59D542FF779681D48F5638465E656C201828BA5740FECF94705F9F415FCA116D979C>

Leite, R.R.Q & Frota, A.M.M.C. (2014). O desejo de ser mãe e a barreira da infertilidade- uma compreensão fenomenológica - *Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies*, 20(2). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-68672014000200002

Lousado, M. (2010). Óvulos de ouro: os media e a procriação medicamente assistida. Coimbra. Disponível em: <https://eg.uc.pt/handle/10316/15193?locale=pt>

Nácul, A.P & Spritzer, P.M. (2010). Aspetos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose- *Revista brasileira Ginecologia e Obstetrícia*, 32 (6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000600008

Nadershahi, N.A., Bender, D.J., Beck, L., Lyon, C. & Blasseiro, A. (2013). An overview of case-based and problem-based learning mythologies for dental education. *Journal of dental education*, 77(10), 1300-1305.

Néné, M., Marques, R. & Batista, M.A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*.

Norma da Direção Geral da Saúde (2010). *Saúde reprodutiva, infertilidade-cuidados hospitalares*. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0032011-de-19012011-pdf.aspx>

Silva, I.R.V, Ferreira, A.M.N.S, Brito, M.A.F, Dias, N.M.B & Henriques, C.M.G. (2012). As vivências da mulher infértil- *Revista de enfermagem*, 3(8). Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300019

Simões, M.I.T. (2010). *Infertilidade: prevalência*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Tese de mestrado, Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26270/2/infertilidadePrevalencia.pdf>

Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2015). *Consenso sobre Endometriose*. Disponível em: <http://www.spgginecologia.pt/noticias-da-spgg/consenso-livro-endometriose-2015.html>

World Health Organization (2010). *WHO Laboratory Manual for the Examination of Human Semen*. Fifth Edition. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/9789241547789/en/>