

AMEAÇA DE PARTO PRÉ-TERMO: RELATO DE CASO

THREAT OF PRETERM LABOUR: CASE REPORT

AMENAZA DE PARTO PREMATURO:INFORME DE UM CASO

Fátima Teixeira¹

Maria Otilia Zangão²

¹Universidade de Évora, Évora, Portugal; Unidade Local de Saúde do Algarve- Hospital de Faro, Faro, Portugal

<https://orcid.org/0009-0003-9478-5442>

²Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora, Portugal | <https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

Corresponding Author

Fátima Cristiana da Costa teixeira
cristiana_12@hotmail.com

Rua Francisco Vasconcelos, nº14, Vila boa do Bispo, Marco de Canaveses
4625-577 Marco de Canaveses, Portugal

RECEIVED: 27th January, 2025

ACCEPTED: 28th August, 2025

PUBLISHED: 5th September, 2025

2025



RESUMO

Introdução: A Ameaça de parto pré-termo é uma condição clínica preocupante devido ao risco aumentado de morbimortalidade neonatal, desta forma, é determinante identificar precocemente os sinais de alerta e minimizar as complicações. Este relato de caso, é referente a uma grávida com 24 semanas e 6 dias com ameaça de parto pré-termo.

Objetivo: Elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem tendo como enfoque os fatores desencadeantes de ameaça de parto pré-termo.

Métodos: A colheita de dados foi realizada por entrevista, tendo sido posteriormente analisada segundo o modelo de *Nancy Roper*.

Resultados: Foram identificados quatro diagnósticos de enfermagem com alterações nas necessidades identificadas.

Conclusão: O papel do enfermeiro é fundamental na vigilância, na promoção da saúde, assim como nas estratégias não farmacológicas de alívio da dor, ansiedade ou de tensão, sendo fatores que estão associados à ameaça de parto pré-termo.

Palavras-chave: trabalho de parto prematuro; ansiedade; dor; sobrepeso

ABSTRACT

Introduction: Threatened preterm birth is a worrying clinical condition due to the increased risk of neonatal morbidity and mortality, so it is crucial to identify the warning signs early and minimise complications. This case report concerns a pregnant woman at 24 weeks and 6 days with threatened preterm labour.

Objective: To draw up a proposal for a nursing care plan focusing on the factors that trigger the threat of preterm birth.

Methods: Data was collected by interview and then analyzed according to Nancy Roper's model.

Results: Four nursing diagnoses were identified with changes in the needs identified.

Conclusion: The nurse's role is fundamental in surveillance, health promotion and non-pharmacological strategies for relieving pain, anxiety and tension, which are factors associated with the threat of preterm labour.

Keywords: obstetric labor, premature; anxiety; overweight

RESUMEN

Introducción: La amenaza de parto pretérmino es un cuadro clínico preocupante debido al mayor riesgo de morbimortalidad neonatal, por lo que es crucial identificar precozmente los signos de alarma y minimizar las complicaciones. Este caso clínico se refiere a una gestante de 24 semanas y 6 días con amenaza de parto pretérmino.

Objetivos: Elaborar una propuesta de plan de cuidados de enfermería centrado en los factores desencadenantes de la amenaza de parto prematuro.

Métodos: Los datos se recogieron mediante entrevista y se analizaron a continuación según el modelo de Nancy Roper.

Resultados: Se identificaron cuatro diagnósticos de enfermería con cambios en las necesidades identificadas.

Conclusión: El papel de la enfermera es fundamental en la vigilancia, promoción de la salud y estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor, la ansiedad y la tensión, factores asociados a la amenaza de parto prematuro.

Palabras Clave: trabajo de parto prematuro; ansiedad; dolor; sobrepeso

Introdução

A ameaça de parto pré-termo (APPT) é caracterizada pela presença de dinâmica uterina regular associada a modificações cervicais progressivas, ocorrendo entre as 22 e as 36 semanas e 6 dias de gestação (Mullan, 2018). Quando não controlada, essa condição pode evoluir para o parto pré-termo (PPT), que é definido como aquele que ocorre antes das 37 semanas completas de gravidez.

O PPT pode ter origem espontânea, associando-se frequentemente à rotura prematura das membranas ou à insuficiência cervical. Alternativamente, pode ser de carácter iatrogénico, isto é, induzido em resposta a condições clínicas que colocam em risco iminente a saúde materna ou fetal. Entre elas, destacam-se a pré-eclampsia, a corioamnionite, malformações fetais incompatíveis com a vida, o descolamento prematuro da placenta ou situações de instabilidade hemodinâmica materna ou fetal (Mullan, 2018).

O PPT é uma das principais causas de morbimortalidade neonatal do mundo, apresentando uma incidência que varia entre 7-12%. Apesar do avanço da medicina e da identificação dos fatores de risco, esta taxa tem permanecido estável, sendo que a prevenção é crucial para a diminuir (Mullan, 2018; Sousa et al., 2021).

Apesar de ser uma taxa relativamente baixa, o parto pré-termo corresponde a 75% da mortalidade perinatal, sendo a causa mais frequente de morte neonatal e a segunda causa em crianças com idades inferiores a 5 anos. Sendo que, em caso de recém-nascido com idades inferiores a 26 semanas apresentam uma taxa de sobrevida 75%, contudo, aproximadamente 40% enfrentam complicações posteriormente (Mullan, 2018; Sousa et al., 2021).

As complicações neonatais associadas ao PPT incluem, entre outras, um risco acrescido de morte neonatal (31%), síndrome de dificuldade respiratória (44%) e hemorragia intraventricular (46%). A incidência de enterocolite necrotizante constitui igualmente uma preocupação relevante nestes recém-nascidos (Mullan, 2018).

A administração de corticoterapia pré-natal a grávidas com risco de parto pré-termo — seja este espontâneo ou iatrogénico — tem demonstrado eficácia na redução destas complicações. Para além disso, esta intervenção associa-se a uma menor necessidade de admissão em unidades de cuidados intensivos neonatais, bem como a uma diminuição da incidência de infecções sistémicas nas primeiras 48 horas de vida (Sousa et al., 2021).

O seu benefício é alcançado quando o intervalo de tempo entre o início da terapêutica e o nascimento é superior a 24 horas e até aos 7 dias (Areia et al., 2018).

A ameaça de parto pré-termo apresenta uma origem multifatorial, sendo que podem ser divididos em três grandes grupos, representados na tabela nº1.

Tabela nº1 – Fatores de risco associados ao parto pré-termo (Mullan, 2018; Sousa et al., 2021).

Características maternas	Complicações da gravidez	História obstétrica
<ul style="list-style-type: none">Má nutriçãoIMC <20 e >30kg/m²Idade materna (<18 e > 40 anos)Raça (não caucasiana)Hábitos tabágicos, etílicos e toxicofílicosStress maternoEstrato socioeconómico mais baixoDiabetesDoenças reumatológicasDoenças cardíacas	<ul style="list-style-type: none">Hiperdistensão uterina (gravidez múltipla)Infeção (infecções do trato uterino 5-10% APPT)Descolamento/hemorragia decidualColo encurtado (<25mm)	<ul style="list-style-type: none">Aborto tardio (16-24 semanas de gestação)Partos pré-termo anteriorIntervalo intergravidez (>24 meses)Curetagem uterinaFatores uterinos (malformações uterinas, miomas)



O diagnóstico é realizado através de uma avaliação primária em que se inicia pela identificação dos sinais de alarme, tais como: queixas álgicas a nível do abdómen, pelve e lombar, sinais vitais, corrimento vaginal, perda de líquido amniótico ou hemático.

É essencial a colheita de uma história clínica detalhada, incluindo antecedentes pessoais, médicos e obstétricos, assim como determinar a idade gestacional de forma a calcular o nível de risco, sendo que o nível de risco é avaliado pela medição do comprimento do canal cervical e pela dinâmica uterina (Oskovi Kaplan & Ozgu-Erdinc, 2018; Sousa et al., 2021).

O tratamento para a ameaça de parto pré-termo envolve a administração de tocolíticos, maturação pulmonar e repouso relativo, assim como uma vigilância materno-fetal especializada (Areia et al., 2018).

Em caso de suspeita de parto iminente, deve ser realizada a maturação pulmonar fetal, a neuroprotecção fetal, assim como a profilaxia da infecção por *Streptococcus B* em caso de positivo ou desconhecido (Areia et al., 2018).

Este relato de caso tem como objetivo elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem, com foco nos fatores desencadeantes da APPT. O plano deverá abranger uma análise detalhada da situação clínica da grávida, tendo em conta os fatores de risco identificados e as intervenções necessárias para minimizar o risco de parto prematuro, bem como para promover a saúde materno-fetal. A proposta incluirá cuidados preventivos, monitorização e intervenções específicas, com o objetivo de otimizar a evolução gestacional da grávida.

Neste contexto, apresenta-se o caso de uma grávida com antecedentes de colo curto, submetida a *cerclage* profilática às 22 semanas de gravidez. A utente foi internada a 02 de janeiro de 2024, com 24 semanas e 6 dias, com o diagnóstico de APPT, apresentando um colo de 6 mm com *funneling*.

Um comprimento cervical inferior a 25 mm é considerado um importante preditor de parto pré-termo, com um risco entre 31,2% e 41,3% quando identificado entre as 18 e 24 semanas (Conde-Agudelo et al., 2020). Nestes casos, as opções terapêuticas incluem o uso de progesterona vaginal ou a colocação de *cerclage* cervical, técnica utilizada há várias décadas com o objetivo de reduzir a taxa de prematuridade.

A *cerclage* está indicada, nomeadamente, em situações de dilatação cervical assintomática com membranas visíveis no orifício cervical interno antes das 26 semanas. Existem várias abordagens possíveis, sendo as mais comuns as técnicas de *McDonald* e de *Shirodkar*. A técnica de *McDonald*, que foi a utilizada no caso em questão, consiste na colocação de uma sutura em torno do colo do útero, com reposição prévia das membranas prolapsadas na cavidade uterina e utilização de fio não absorvível, respeitando a anatomia dos vasos paracervicais (Conde-Agudelo et al., 2020). A técnica de *Shirodkar*, mais invasiva, é realizado a colpotomia transversa anterior, a dissecção da bexiga até ao orifício cervical interno, a colpotomia posterior com dissecção da areola e peritoneu até ao orifício interno. A sutura é colocada por via subcutânea e o nó é preso no defeito posterior sob o epitélio vaginal (Conde-Agudelo et al., 2020; McAuliffe et al., 2023).

Durante o internamento, a grávida foi submetida a corticoterapia com o objetivo de promover a maturação pulmonar fetal, tendo igualmente sido instituída a terapêutica de neuroproteção fetal e permaneceu em repouso relativo sob vigilância obstétrica especializada.

Ao longo do internamento ocorreram dois episódios de agravamento clínico. O primeiro, a 5 de janeiro, foi motivado por dor abdominal intensa; a avaliação médica identificou dilatação cervical de 4 cm com bolsa amniótica íntegra sob tensão, o que levou à remoção da *cerclage*. Após estabilização, o colo apresentou-se novamente fechado.

O segundo episódio, a 13 de janeiro, caracterizou-se por dor intensa e vômitos persistentes, tendo sido observada nova alteração cervical (colo permeável a um dedo) e repetida a administração de terapêutica de neuroprotecção fetal.

A 15 de janeiro, com 26 semanas e 5 dias de gravidez, a utente optou por alta hospitalar contra parecer médico. Foi devidamente esclarecida quanto aos riscos materno-fetais associados à prematuridade extrema e orientada para reavaliação hospitalar na semana seguinte, assim como para vigilância ativa de sinais de alarme.

O enquadramento deste caso clínico é fundamental para a compreensão da abordagem multidisciplinar adotada na ameaça de parto pré-termo, permitindo uma análise contextualizada da situação clínica e das intervenções implementadas.

1. Métodos

O presente trabalho corresponde a um estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, que visa aprofundar a compreensão de um fenómeno clínico específico — neste caso, a ameaça de parto pré-termo. A construção do relato foi orientada pelas diretrizes *Case Reports following the care guidelines*, para garantir a sistematização e a transparência na apresentação dos dados (Riley et al., 2017), complementada pela utilização de um fluxograma conforme preconizado pela Equator Network (2019), de forma a facilitar a visualização sequencial dos eventos clínicos.

Os dados apresentados neste relato de caso foram recolhidos por meio de três métodos principais: observação direta, entrevista informal durante o internamento (de 2 a 15 de Janeiro de 2024) e consulta ao processo clínico informatizado. A entrevista foi conduzida de forma não estruturada, sem um guião específico, e ocorreu ao longo do período de internamento da grávida, focando na recolha de informações relevantes para o contexto clínico. Durante as conversas, foram feitas anotações cuidadosas, sempre com o consentimento prévio da grávida, e sem recurso a gravações, garantindo a privacidade e confidencialidade das informações. Além disso, as informações obtidas foram complementadas com a consulta detalhada do processo clínico da grávida, o que assegurou a precisão e consistência dos dados recolhidos.

O enfermeiro tem o dever do sigilo, conforme o artigo nº 106 do Código Deontológico do Enfermeiro, que estabelece que o enfermeiro deve “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Além disso, o enfermeiro tem o dever de fornecer informação, conforme o artigo nº 105, que prevê que o profissional deve “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No início da recolha de informações, foi entregue à grávida o consentimento informado, no qual foram explicados os objetivos e o conteúdo da pesquisa, garantindo o respeito pelo seu anonimato. O nome da grávida, bem como o do hospital, foram ocultados para preservar a confidencialidade dos dados.

A avaliação das Atividades de Vida Diária (AVDs) é uma ferramenta essencial para monitorizar a capacidade funcional da grávida e identificar áreas em que possa necessitar de cuidados específicos, além de facilitar a elaboração de um plano de cuidados individualizado. A Tabela 1 apresenta uma avaliação inicial das AVDs da grávida, conforme o modelo de Roper et al. (2020). Este modelo foi escolhido devido à sua abordagem abrangente e à sua utilização frequente na prática clínica para avaliar e sistematizar as necessidades de cuidado de indivíduos em diferentes contextos de saúde. A adaptação de informações do modelo de Roper et al. (2020) foi feita de acordo com as especificidades do caso clínico em questão, sem a transcrição integral do modelo original.

Tabela 1 – Avaliação das atividades de vida diárias (Roper et al., 2020)

Atividade de vida	Apreciação inicial da utente
Manutenção de ambiente seguro	Orientada na pessoa, tempo e espaço. Apresentava um cateter venoso periférico nº18 na veia cefálica esquerda permeável e obturado do dia 02/01. Usa chinelos antiderrapantes para ir ao duche. Apresenta repouso relativo no leito, que cumpre. Escala de Morse= Score 0- sem risco de queda



Higiene pessoal e vestuário	Pele e mucosas coradas e hidratadas. Higiene bem cuidada e utilizava vestuário pessoal em boas condições. A utente apresenta-se autónoma no autocuidado da higiene, e usa roupas adequadas para a época e para o local em que se encontra.
Comunicação	A grávida apresentava-se ansiosa e com humor deprimido devido a toda a situação. Com o avançar das semanas, a grávida apresentava-se mais sorridente, otimista e comunicativa. Ao longo dos dias, com o aumento da relação de confiança, a grávida estabeleceu uma comunicação mais fluida com a equipa, transmitindo informações pessoais.
Controlo de temperatura corporal	A utente apresentou-se sempre apirética, efetuando-se uma medição da temperatura uma vez turno durante o internamento.
Respiração	Refere ter apresentado estado febril no mês anterior devido a uma infecção do trato urinário. Eupneica com cerca de 20 ciclos/min, , com saturações de oxigénio de 99%. Movimentos respiratórios simétricos e regulares. Respiração predominantemente abdominal. Pele e mucosas hidratadas e rosadas.
Mobilidade	Permaneceu em repouso relativo no leito, alternando autonomamente de decúbitos e levantando-se para prestar cuidados de higiene e eliminação. Segundo a escala numérica da dor, a utente refere a sua dor no nível 0. Escala de Braden, score= 22 Risco baixo
Expressão da sexualidade	A utente referiu alguns receios relativamente à procriação, visto que, a atual gravidez foi muito desejada e difícil de acontecer, contudo, refere ser acompanhada numa clínica privada. Refere ter realizado duas interrupções voluntárias de gravidez em Cuba, por apresentar carência de meios socioeconómicos.
Alimentação	A utente durante o internamento apresentou-se durante vários dias com redução do apetite, nomeadamente quando o seu estado de ansiedade e medo aumentam. É independente na alimentação, alimentando-se de uma dieta geral, tendo com ela vários aperitivos que o marido lhe trazia. Ingere cerca de 1L de água por dia e vários sumos. Ingestão nutricional: A grávida apresenta uma ingestão nutricional aparentemente adequada, no entanto, a obesidade constitui um fator de risco relevante. (IMC: 37,89kg/m ²)
Eliminação	A utente refere apresentar uma eliminação intestinal diária com características de fezes moldadas, sui generis e cor acastanhada. Urina clara, várias vezes ao dia. Com um episódio de disúria durante o internamento, sendo colhido urocultura.
Sono	Dorme por poucos períodos durante o dia. Durante a noite refere dormir, contudo um sono pouco reparador. Score: 1 Sem alterações no padrão do sono (escala do clínico)
Trabalho e lazer	A utente trabalha por conta de outrem num restaurante mexicano. Refere estar em Portugal há 5 anos, juntamente com o marido e o filho, e acrescenta que tem uma boa rede de apoio social. Durante o internamento comunicou com os seus familiares através do telemóvel. E teve visita do filho e do marido.
Morte	Não se demonstra disposta a abordar esta atividade. Foi abordado o tema pela psicóloga, assim como todos os riscos inerentes para uma possível prematuridade.

Após a avaliação inicial e a identificação das necessidades de cuidados, elaborou-se um plano de cuidados de enfermagem. Nesse processo, foram definidos os focos e os diagnósticos de enfermagem (DE), fundamentados na Taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), para facilitar a apresentação e garantir maior clareza e organização, as informações estão dispostas num fluxograma (Equator Network, 2019) apresentados na Figura 1.

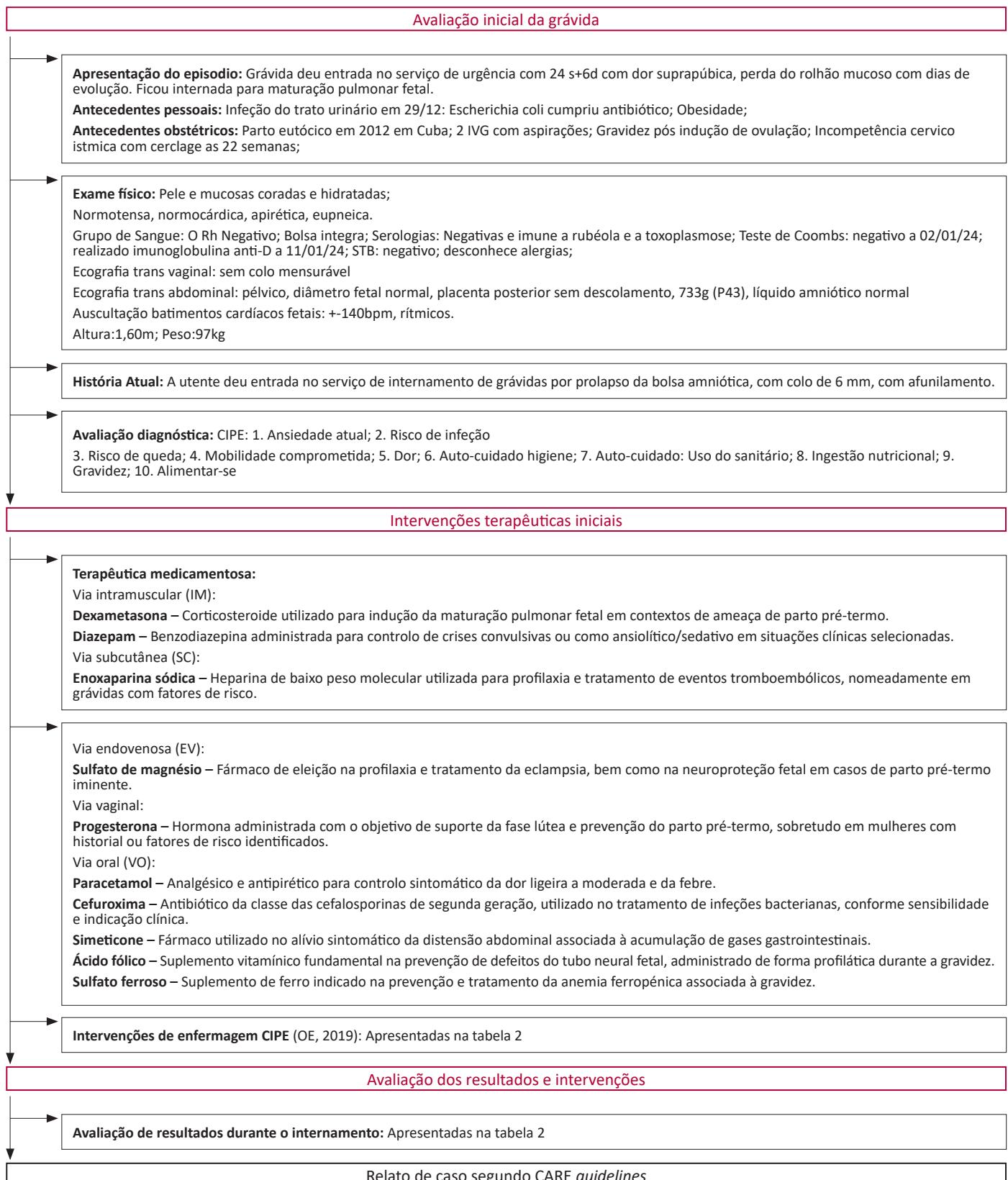


Figura 1 – Fluxograma do Relato do Caso (Riley et al., 2017)



2. Resultados

Na tabela seguinte, encontram-se descritos todos os principais diagnósticos de enfermagem, com base na terminologia da CIPE (2019).

Tabela 2 – Plano de cuidados- Diagnóstico Ansiedade

DE1. Ansiedade (10002429): Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia. (CIPE, 2019)

Foco de enfermagem: Ansiedade

Juízo de Enfermagem: Atual

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar ansiedade (10041745)
 - Gerir ansiedade (10031711)
 - Avaliar o comportamento (10046790)
 - Recorrer a escuta (10011383)
-

Resultado esperado: Ansiedade reduzida

Resultado obtido: ansiedade reduzida

Avaliação final:

A utente manifestou que se sentia ansiosa devido a diversos fatores, como o medo de perder o bebé, assim como a preocupação com o filho de 12 anos que se encontrava em casa com o pai.

Refere que a atual gravidez para além de muito desejada foi igualmente muito planeada pela tríade (mãe, pai e filho de 12 anos). Sendo assim uma preocupação extra como é que o filho mais velho iria reagir caso a atual gravidez não evoluísse.

A utente teve visitas do marido e do filho.

Foram também proporcionadas visitas da psicóloga onde lhe foi explicado os riscos de um parto na idade gestacional atual.

Ao longo do internamento a utente apesar de não reduzir totalmente a ansiedade, foi reduzindo gradualmente.

A relação com a equipa, também foi um fator que influenciou o estado de ansiedade.

A grávida, referiu que desenvolveu uma boa relação com todos os elementos da equipa de enfermagem, incompatibilizando-se com alguns elementos da equipa médica.

Ao longo do internamento quanto maior era ligação com os profissionais, mais aumentava a confiança com os mesmos.

A idade gestacional também era um dos fatores de ansiedade, devido aos riscos associados do parto pré-termo. Desta forma, com o avançar do tempo, a tensão na utente M. diminuía.

A mesma encontrava-se mais relaxada, mais sorridente e menos tensa.

Algumas das estratégias adotadas foram a escuta ativa, o toque terapêutico e ensinos acerca da respiração.

Recorreu-se a escuta ativa para com a utente, foi incentivado a utilização de algumas estratégias, nomeadamente através da respiração e o toque terapêutico para gerir a ansiedade.

Apresentou alta contra parecer médico ao fim de 14 dias de internamento por se incompatibilizar com determinados elementos da equipa médica, e pela aproximação do aniversário do filho mais velho. A utente referiu que iria manter os cuidados em casa, de vigilância e repouso, e que a alta iria ajudar a diminuir o estado de ansiedade.

Escala de ansiedade Score: 3 em 5 Ansiedade moderada

Tabela 3 – plano de cuidados- Diagnóstico Dor

DE2. Dor (10013950): Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite. (CIPE, 2019)

Foco de enfermagem: Dor

Juízo de Enfermagem: Atual

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar a dor (10026119)
 - Monitorizar dor (10038929)
 - Avaliar conhecimento sobre dor (10039104)
 - Ensinar sobre a dor (10039115)
 - Administrar medicação para a dor (10023084)
-

Resultado esperado: Dor diminuída

Resultado obtido: Dor, reduzida

Avaliação final: A dor manifestada pela utente era avaliada uma vez ao turno e se necessário em SOS.

Ao longo do internamento houve a necessidade de administrar medicação analgésica, inclusive colocar um cateter epidural para realização de analgesia.

A dor da utente foi oscilando, sendo que a própria refere que a dor se intensificava quando era observada a cervicometria, quando era transferida para a sala de partos e quando pensava que o parto poderia ser iminente.

A grávida referiu que se incomodou com alguns dos membros da equipa médica, que do ponto de vista da mesma, não tiveram em consideração que era uma gravidez desejada e que apesar do prognóstico que queria investir.

Foram oferecidas várias estratégias de alívio da dor como a hidroterapia e o quente e o frio. Assim como medidas farmacológicas.

Para além disso, a escuta ativa foi uma das estratégias adotadas pela equipa de modo a proporcionar um alívio da dor.

Escala da dor: Sem dor- Dor forte

Tabela 4 – plano de cuidados- Diagnóstico Infeção

DE3. Infeção (10010104): Processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo. (CIPE, 2019)

Foco de enfermagem: Infeção

Juízo de Enfermagem: Atual

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar sinais e sintomas de infecção (10044182)
 - Monitorizar temperatura corporal (10012165)
-

Resultado esperado: Risco de infecção reduzido

Resultado obtido: Infecção, reduzida

Avaliação final:

A grávida apresentava um cateter venoso periférico no membro superior direito nº18 na veia cefálica colocado no dia de admissão, sendo que foi trocado ao 4ºdia e otimizado diariamente. Foram vigiados os sinais inflamatórios do local de inserção em cada turno.

No membro superior esquerdo, apresentava na veia cefálica esquerda um cateter nº18 colocado no dia 02/01. Retirado no dia 06/01 e punçionado no antebraço esquerdo com um cateter venoso periférico nº18. Retirado a 09/01 por apresentar sinais inflamatórios no local de inserção.

No membro superior direito, apresentava na veia cefálica direita um cateter nº18 colocado no dia 09/01, retirado a 13/01 e repunçionada no antebraço direito com um cateter venoso periférico nº18. Retirado no dia da alta.

Ambos os cateteres estavam programados para troca ao fim de 4 dias ou em SOS, no caso de surgir sinais de alarme.

A temperatura era avaliada uma vez turno.

E a bolsa amniótica apresentava-se intacta.

Foi colhido urina para urocultura por a utente apresentar disúria. Colhido duas vezes durante o internamento, devido a primeira ter sido conspurcada.

Realizados ensinos sobre a adequada limpeza e técnica para a colheita.

Colhido sangue para análises, apresentando uma PCR de 8.

A grávida foi submetida a cerclage cervical às 22 semanas, a qual foi removida após o início do trabalho de parto.

Previamente ao atual internamento a grávida aprensetou uma ITU por Escherichia coli, cumprindo antibioterapia.



Tabela 5- plano de cuidados- Diagnóstico Excesso de peso

DE4. Excesso de peso (10013899): Peso comprometido: condição de elevado peso e massa corporal, habitualmente 10 a 20 por cento acima do peso ideal; aumento proporcional de células gordas, predominantemente nas vísceras e tecido subcutâneo, associado a ingestão excessiva de nutrientes, alimentação em excesso e falta de exercício. (CIPE, 2019)

Foco de enfermagem: Excesso de peso

Juízo de Enfermagem: Atual

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar ingestão de alimentos (10050091)
- Monitorizar peso (10032121)
- Monitorizar altura (10032081)
- Ensinar sobre dieta (10046533)

Resultado esperado: Iniciar mudança de hábitos

Resultado obtido: Manteve o excesso de peso

Avaliação final: A grávida durante o internamento, consumiu a totalidade das refeições, com a exceção de alguns dias em que mencionou ter uma diminuição do apetite, ocasionalmente compensado com alimentos trazidos pelo seu companheiro.

Foi incentivada a adotar uma dieta mais equilibrada, com ênfase em alimentos com baixo valor nutricional e elevado teor calórico, além de orientações sobre a importância de escolhas alimentares saudáveis tanto para ela quanto para o bebé. Foi explicado que alguns alimentos, como doces industrializados e produtos com alto teor de açúcar, não são os mais adequados para o seu estado de saúde.

Foram realizados ensinamentos sobre a importância de evitar o consumo excessivo de certos alimentos.

No entanto, a grávida demonstrou resistência à mudança dos seus hábitos alimentares.

O índice de massa corporal (IMC) no início da gravidez era de 32 kg/m²

(Peso: 82kg/Altura: 1,60m)

Ao final do internamento, o IMC aumentou para 37,89 kg/m².

3. Discussão

No diagnóstico DE1, foi identificada a ansiedade, que, durante a gravidez, pode ter um impacto negativo no desenvolvimento fetal. A ansiedade gestacional está associada ao aumento do risco de parto prematuro, complicações no recém-nascido, como dificuldades na adaptação à vida extrauterina, além de taxas mais elevadas de mortalidade neonatal. Também pode prejudicar o estabelecimento do vínculo mãe-filho (Nascimento et al., 2022).

Neste contexto, níveis elevados de ansiedade provocam dificuldades de relaxamento, assim como tensão nos músculos do pavimento pélvico. Para além disso, existe a libertação de hormonas de stress como as catecolaminas e o cortisol promovendo a estimulação excessiva do sistema nervoso simpático, aumentando a tensão intrauterina e a dor (Sousa et al., 2021; Nascimento et al., 2022).

Sabe-se que a ansiedade, ou estado de tensão, é um estado emocional a que estão associados componentes fisiológicos e psicológicos que incluem sensações de medo, insegurança, pensamentos dominados por ideias de catástrofe, incompetência pessoal e aumento do estado de vigília (Cardoso et al., 2023; Mattos et al., 2023).

A grávida apresentou vários destes componentes associados à ansiedade, tais como o medo do parto pré-termo, a angústia de não conseguir proteger o feto, assim como, o aumento do estado de vigília.

Entre as estratégias adotadas para o manejo da ansiedade, destacaram-se a utilização de técnicas de respiração, a escuta ativa e o toque terapêutico.

O papel do enfermeiro durante a gravidez é fundamental na redução de sentimentos negativos, como a ansiedade, por meio da escuta ativa, do acompanhamento contínuo e da orientação durante todo o processo pré-natal e do parto. Essas intervenções promovem a diminuição dos níveis de ansiedade, contribuindo para o alívio do sofrimento psicológico da grávida (Mattos et al., 2023).

Macedo (2022), afirma que o toque terapêutico tem efeitos positivos significativos sobre as parturientes, provocando um relaxamento físico, emocional e espiritual, promovendo sensações de confiança, empoderamento, suporte, calma e bem-estar.

As técnicas de respiração diafragmática, lentas e ritmadas, também promovem o relaxamento, diminuindo o estado de tensão e promovendo a ativação do sistema parassimpático e a liberação de endorfinas (Melo, 2019; Cardoso et al., 2023).

No DE2, a dor é apresentada como um problema fulcral na gravidez. A dor é considerada como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de uma tal lesão (Raja et al., 2020).

A ciência reconhece que a dor é uma experiência pessoal, subjetiva e influenciada por fatores socioculturais. As dores físicas e emocionais sobrepõem-se fisiologicamente e funcionalmente e variam de pessoa para pessoa. Nesse sentido, a dor no trabalho de parto é uma parte inevitável do processo, mas o sofrimento associado a essa dor pode ser amplificado pelo ambiente externo ou por fatores sociais, sendo possível atenuá-lo por meio de intervenções adequadas (Cardoso et al., 2023).

A grávida relatou diversas vezes que a dor era incontrolável, especialmente quando era transferida para o bloco de partos, associando o ambiente ao parto iminente. Apesar de, em uma das ocasiões, ter sido administrada analgesia epidural, ela expressou que nenhum analgésico conseguia aliviar a dor de forma eficaz. O sofrimento relacionado a essa situação persistia, não cedendo a nenhum tipo de medicação analgésica. A preocupação com o desfecho e a clara percepção do risco de prematuridade aumentavam significativamente a tensão, a ansiedade e, consequentemente, o sofrimento. No âmbito social, a grávida mencionou enfrentar dificuldades de comunicação e interação com alguns membros da equipe médica, o que contribuiu para a intensificação de seu estado de tensão.

No DE3, foi identificado o diagnóstico de infecção na grávida, com um histórico prévio de infecção do trato urinário (ITU), que constitui um dos fatores de risco para APPT. Durante a gravidez, a grávida apresentou uma ITU causada por *Escherichia coli*, sendo tratada com antibióticos por um período de 7 dias, o que resultou em uma redução dos parâmetros inflamatórios nas análises.

Durante o internamento, foi feita a monitorização regular da temperatura, juntamente com a colheita de urina para urocultura e o acompanhamento analítico do estado clínico.

As ITU são comuns durante a gravidez, ocorrendo em cerca de 5 a 10% das grávidas, e podem ser influenciadas por fatores como paridade, etnia e condições socioeconômicas (Paes & Sales, 2023). Podem ser classificadas em bacteriúria assintomática (2-10%), cistite aguda (1-2%) e pielonefrite aguda (0,5-2%), traduzindo-se em 10% dos internamentos de obstetrícia.

As ITU associadas à APPT caracterizam-se por uma infecção ascendente proveniente da parte inferior do trato genital, que pode atingir a decídua, a membrana corioamniótica, o líquido amniótico e, em casos mais graves, o feto. Desta forma, a infecção, produz uma reação inflamatória que pode desencadear contratilidade miometrial, rotura prematura das membranas e amadurecimento cervical (Medley et al., 2018; Delgado, 2020; Paes & Sales, 2023).

As grávidas apresentam maior suscetibilidade às ITU devido às alterações fisiológicas associadas à gravidez como a dilatação pielocalcial, o refluxo vesico-uretral, a diminuição do tônus vesical, o aumento do volume residual e o hiperestrogenismo (Delgado, 2020). O agente etiológico mais comum nas ITUs durante a gravidez é a *Escherichia coli*, responsável por aproximadamente 70% dos casos, com um perfil de resistência semelhante ao observado na população geral (Delgado, 2020).



No DE4, foi identificado o diagnóstico de excesso de peso. A obesidade é caracterizada como uma acumulação excessiva gordura corporal e tem um impacto negativo significativo na saúde, agravando múltiplas patologias, como a hipertensão arterial, distúrbios psicológicos, dificuldades respiratórias, diabetes, entre outras. Durante a gravidez a obesidade, também pode aumentar o risco de complicações como a pré-eclampsia, diabetes gestacional, parto prematuro, hemorragia pós-parto, assim como complicações neonatais (Barão et al., 2022).

A grávida iniciou a gravidez com um peso de 82 kg, o que corresponde a um IMC de 32 kg/m². Segundo a Direção Geral de Saúde, (2022), o aumento de peso recomendado durante a gravidez para mulheres com este IMC é de 5 a 9 kg. No entanto, às 24 semanas e 6 dias de gestação, observou-se um ganho de 11 kg, resultando numa taxa de IMC de 37 kg/m², o que é classificado como obesidade.

A obesidade está diretamente relacionada com o aumento de transtornos depressivos, assim como o aumento de risco de parto prematuro (Barão et al., 2022).

A grávida foi incentivada a melhorar os hábitos alimentares e posteriormente a adotar um estilo de vida mais saudável, como a prática regular de atividade física. Durante o internamento a utente apresentou-se em repouso relativo, sendo que a atividade física estava contraindicada, contudo a nível alimentar, apesar dos ensinos realizados e dos sinais de alerta, demonstrou-se pouco receptiva a alterar hábitos alimentares.

Conclusão

A APPT é uma condição clínica preocupante devido ao risco aumentado de morbimortalidade neonatal. Por esta razão é determinante identificar precocemente os sinais de alerta e minimizar as complicações.

O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO) desempenha um papel crucial na identificação de sinais de alerta durante a gravidez, assim como na promoção da saúde. Além disso, o EESMO é fundamental na implementação de estratégias não farmacológicas para aliviar a dor, ansiedade e tensão, sendo fatores que estão associados à APPT.

A elaboração deste relato de caso proporcionou uma oportunidade de consolidar conhecimentos teóricos sobre a APPT e identificar os diversos fatores que podem desencadear o problema. Este estudo também contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo a reflexão sobre a prática clínica e o fortalecimento das competências, alcançando assim os objetivos propostos.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses relacionados com a elaboração deste relato de caso.

Agradecimentos e Financiamento

Os autores agradecem ao Hospital pela colaboração no fornecimento de dados clínicos relevantes para a construção deste estudo, bem como aos colegas da equipa de saúde que contribuíram com contributos valiosos para a análise e descrição do caso. Este trabalho não recebeu financiamento específico de agências públicas, organizações privadas ou entidades sem fins lucrativos.

Referências bibliográficas

- Assembleia da República. (2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Diário da República, Série I, 181, 8059-8105. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Areia, A. L., Almeida, M. F., Braga, A., Pereira, N., Macedo, C., & Silva, C. (2019). Corticoterapia para maturação fetal pulmonar: Normas de orientação clínica SPOMMF. Retrieved from <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2019/01/Corticoterapia-para-Matura%C3%A7%C3%A3o-Fetal-Pulmonar.pdf>

- Barão, A., Zangão, O., & Cleto, A. (2022). Obesidade e obstipação na ameaça de parto pré-termo: relato de caso [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora]. Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/34235>
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., Grilo, A., & Cerejeira, I., et al. (2023). Guia orientador de boas práticas: preparação para o parto. Retrieved from https://www.ordemenermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf
- Corrêa Júnior, M. D., Fonseca, E. S. V. B., Calisto, A. C., & Evangelista, A. A. (2013). Prediction and prevention of spontaneous preterm birth. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23(3). <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20130052>
- Conde-Agudelo, A., Romero, R., & Nicolaidis, K. H. (2020). Cervical pessary to prevent preterm birth in asymptomatic high-risk women: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(1), 42-65.e2. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.266>
- Delgado, V. S. R. (2020). Evolução do perfil de suscetibilidade aos antibióticos de isolados bacterianos em uroculturas do laboratório da Cintramedica em dois períodos distintos (2014 e 2018) [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/48726/1/TM_Valarry_Delgado.pdf
- De Santana, J. M., Perissinotti, D. M. N., Oliveira Júnior, J. O., Correia, L. M. F., Oliveira, C. M., & Fonseca, P. R. B. (2020). Definition of pain revised after four decades. *Brazilian Journal of Pain*, 3(3). <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Recomendações para uma alimentação saudável e segura na gravidez. Retrieved from https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2022/07/GuiaAconselhamento_Parte-I-Final-1.pdf
- Equator Network. (2019). Flow Diagram- Case Reports following the CARE guidelines. Retrieved from <https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2013/09/CAREFlowDiagram-updated-2019.pdf>
- FIGO Working Group on Good Clinical Practice in Maternal-Fetal Medicine. (2019). Good clinical practice advice: Prediction of preterm labor and preterm premature rupture of membranes. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 144(3), 340-346. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12744>
- Macedo, A. R. dos S. (2022). Benefícios das práticas integrativas e complementares em saúde no alívio da dor no trabalho de parto. Retrieved from https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/47072/3/Benef%C3%adciosPraticasIntegrativas_Macedo_2022.pdf
- Mattos, L. S. da S., Silva, L. B. da, Melo, A. G., Mussarelli, Y. F., & Jogetto, G. V. (2023). Avaliação do grau de ansiedade de parturientes e fatores relacionados. *Revista Faculdades Do Saber*, 8(17), 1752-1765. Retrieved from <https://rfs.emnuvens.com.br/rfs/article/view/213>
- McAuliffe, L., Issah, A., Diacci, R., Williams, K. P., Aubin, A., & Phung, J., et al. (2023). McDonald versus Shirodkar cerclage technique in the prevention of preterm birth: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 130(7), 702-712. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17438>
- Medley, N., Vogel, J. P., Care, A., & Alfirevic, Z. (2018). Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012505.pub2>
- Nascimento, J. W. A. do, Vasconcelos, M. R. B. de, Oliveira, J. S. de, Santana, J. L. de, Silva, J. M. da, & Santos, J. G. F. L. dos, et al. (2022). Técnicas não farmacológicas para redução de ansiedade entre parturientes submetidas ao parto normal: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 11(5), e2511527921. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.27921>
- Paes, B. T. da R., & Sales, A. P. de A. (2023). Prematuridade e infecção do trato urinário (ITU) na gravidez: Perspectivas Experimentais E Clínicas, Inovações Biomédicas E Educação Em Saúde (PECIBES), 9(2), 46. <https://doi.org/10.55028/pecibes.v9i2.20082>
- Soares, N. P. D., Resende, R. A. M., Aires, M. A. M., & Corrêa, I. B. (2020). Incompetência istmo cervical: indicação e técnica da cerclagem de emergência: emergency cerclage indication and technique. *Revista de Patologia Do Tocantins*, 7(2), 34-37. <https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2020v7n2p34>
- Sousa, A., Silva, M., & Barros, J. (2021). Fatores de risco para parto pré-termo. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.uc.pt/retrieve/223425/Trabalho%20final%20-%20Ant%C3%B3nio%20Pedro%20Pinto%20Sousa.pdf>



- Sousa, M. R. S., Coêlho, L. P. I., Silva, K. G. S. da, Silva, E. B. da, Azevedo, S. M. D., & Santos, T. C. O., et al. (2021). Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto. *Research, Society and Development*, 10(15), e109101522572. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22572>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., & Gibson, S., et al. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain, Articles in Press*(9). <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., & Tugwell, P., et al. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 218-235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. J. (2020). Roper-Logan-Tierney Model of Nursing Based on Activities of Living. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Vogel, J. P., Chawanpaiboon, S., Moller, A. B., Watananirun, K., Bonet, M., & Lumbiganon, P. (2018). The global epidemiology of preterm birth. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 52(1), 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003>
- Oskovi Kaplan, Z. A., & Ozgu-Erdinc, A. S. (2018). Prediction of Preterm Birth: Maternal Characteristics, Ultrasound Markers, and Biomarkers: An Updated Overview. *Journal of Pregnancy*, 2018, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2018/8367571>