

OBESIDADE E OBSTIPAÇÃO NA AMEAÇA DE PARTO PRÉ-TERMO: RELATO DE CASO

Alexandra Sofia Ablú Barão⁽¹⁾; Maria Otilia Brites Zangão⁽²⁾; Maria Alice Abreu Casaca Cleto⁽³⁾



Resumo

Objetivo: Elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem com enfoque na obesidade e obstipação numa utente com ameaça de parto pré-termo. **Método:** Relato de caso referente a uma utente do sexo feminino, 40 anos, grávida, com encurtamento e afinilamento do colo uterino às 25 semanas de gestação, com posterior rutura prematura de membranas pré-termo às 26 semanas + 3 dias de gestação, sendo a gravidez atual resultado de uma microinjeção intracitoplasmática de espermatozoides com posterior transferência de embriões criocongelados. Para a colheita de dados foi utilizando o Modelo Teórico de Nancy Roper, Winifred Logan, e Alison Tierney, para a realização do plano de cuidados de enfermagem foi utilizada a taxonomia NANDA-I, NIC e NOC. **Resultados:** Com base nos dados colhidos ao longo do internamento identificaram-se 12 diagnósticos de enfermagem, sendo que será dado realce aos diagnósticos de (00232) Obesidade e (00011) Constipação. **Conclusão:** A enfermagem tem um papel fundamental na promoção de uma alimentação saudável, tendo um impacto significativo na obesidade e na obstipação, numa grávida com ameaça de parto pré-termo. **Descritores (DeCS):** Incompetência do Colo do Útero; Ruptura Prematura de Membranas Fetais; Obstipação (Constipação Intestinal); Obesidade.

Abstract

OBESITY AND CONSTIPATION IN THE THREAT OF PRETERM CHILDBIRTH: CASE REPORTS

Objective: To develop a proposal for a nursing care plan focusing on obesity and constipation in a patient with a threat of preterm birth. **Methods:** Case study referring to a female user, 40 years old, pregnant, with shortening and tapering of the cervix at 25 weeks of gestation, with subsequent premature rupture of preterm membranes at 26 weeks + 3 days of gestation, being the current pregnancy resulted from an intracytoplasmic sperm microinjection with subsequent transfer of cryofrozen embryos. For data collection, the Theoretical Model of Nancy Roper, Winifred Logan, and Alison Tierney was used to carry out the nursing care plan, the NANDA-I, NIC and NOC taxonomy was used. **Results:** Based on the data collected during hospitalization, 12 nursing diagnoses were identified, and the diagnoses of (00232) Obesity and (00011) Constipation will be highlighted. **Conclusion:** Nursing has a fundamental role in promoting healthy eating, having a significant impact on obesity and constipation, in a pregnant woman with the threat of preterm birth.

Descritores (DeCS): Uterine Cervical Incompetence; Fetal Membranes, Premature Rupture; Constipation; Obesity.

Resumen

OBESIDAD Y ESTREÑIMIENTO ANTE LA AMENAZA DEL PARTO PREMATURO: REPORTE DE UN CASO

Objetivo: Desarrollar una propuesta de plan de cuidados de enfermería enfocado en la obesidad y el estreñimiento en una paciente con amenaza de parto prematuro. **Métodos:** Estudio de caso referido a una usuaria de 40 años, embarazada, con acortamiento y afinamiento del cuello uterino a las 25 semanas de gestación, con posterior rotura prematura de membranas pretérmino a las 26 semanas + 3 días de gestación, siendo el resultado del embarazo actual, a partir de una microinyección intracitoplasmática de espermatozoides con posterior transferencia de embriones criocongelados. Para la recolección de datos se utilizó el Modelo Teórico de Nancy Roper, Winifred Logan y Alison Tierney para realizar el plan de cuidados de enfermería, se utilizó la taxonomía NANDA-I, NIC y NOC. **Resultados:** Con base en los datos recolectados durante la hospitalización, se identificaron 12 diagnósticos de enfermería y se destacarán los diagnósticos de (00232) Obesidad y (00011) Estreñimiento. **Conclusión:** la enfermería tiene un papel fundamental en la promoción de una alimentación saludable, teniendo un impacto significativo en la obesidad y el estreñimiento, en una mujer embarazada con amenaza de parto prematuro. **Descritores (DeCS):** Incompetencia del Cuello del Útero; Rotura Prematura de Membranas Fetales; Estreñimiento; Obesidad.

Submetido em dezembro 2021. Aceite para publicação em fevereiro 2022

⁽¹⁾ Licenciatura em Enfermagem, Centro Humanitário da Cruz Vermelha Portuguesa de Elvas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0285-079X>

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

⁽³⁾ Licenciatura em Enfermagem Serviço de Gravidas/Ginecologia, Hospital Garcia de Orta.

INTRODUÇÃO

Este relato de caso é referente a uma grávida com ameaça de parto pré-termo (APPT), por encurtamento e afunilamento do colo uterino às 25 semanas de gestação e posterior rutura prematura de membranas pré-termo (RPMPT), às 26 semanas + 3 dias de gestação.

O útero é constituído pelo corpo, istmo, e colo, sendo a parte inferior do colo que dá origem à vagina e à região superior que comunica com o corpo do útero. O colo do útero, tem a função de suporte, tendo a ocupação biomecânica primária de manter o feto dentro do útero, e com o decorrer da gravidez o mesmo sofre um conjunto de alterações que permitem a saída do feto, nomeadamente, o amolecimento e dilatação (Pintor, 2018).

Segundo Pintor (2018), a média do comprimento do colo do útero por volta das 24 semanas de gestação é de 35.2 ± 8.3 mm. Desta forma, quando este apresenta um comprimento inferior a 25 mm, existe um encurtamento do colo uterino (Amorim, Corrêa, Júnior, & Tomazelli, 2019). Por sua vez, o afunilamento trata-se de um processo de extinção cervical que tem início no orifício cervical interno e continua distalmente, este processo estabelece-se antes da dilatação do orifício cervical externo (Andrade, Duarte, Guerra, Ladeiras, & Silva, 2021; Cunha, Loureiro, & Montenegro, 2006; Dębski, Huras, & Kalinka, 2017).

Dois estudos revelam que as presentes condições clínicas (encurtamento e afunilamento do colo uterino) podem conduzir ao parto prematuro, sendo a complicação gestacional mais associada à mortalidade e morbidade perinatal (Amorim et al., 2019; Dębski et al., 2017). Relativamente ao seu diagnóstico, é realizado por ultrassonografia transvaginal, sendo o diagnóstico e tratamento fulcrais na redução da mortalidade e na morbidade neonatal (Amorim et al., 2019; Andrade et al., 2021; Dębski et al., 2017).

Relativamente ao tratamento, a utilização da progesterona permite reduzir as contrações

do músculo liso uterino e diminuir o processo inflamatório envolvido no início do trabalho de parto (TP), dado que, a progesterona é uma hormona fundamental para a manutenção da gravidez e a sua diminuição pode conduzir a um parto pré-termo (Amorim et al., 2019; Dębski et al., 2017). Por outro lado, o pessário cervical é um anel cônico de silicone que é introduzido no interior da vagina até circundar todo o colo uterino, fechando o canal cervical e evitando a sua dilatação ou encurtamento, uma vez que, promove a alteração do ângulo cervical, reduzindo a pressão direta do conteúdo uterino no canal. Este dispositivo pode ser utilizado a partir do diagnóstico de colo uterino curto, geralmente entre 18 e 22 semanas de gestação, e é removido entre 36 e 37 semanas de gestação, porque o feto já apresenta melhores condições clínicas e fisiológicas para sobrevivência (Amorim et al., 2019).

A placenta é composta por uma camada externa e interna, nomeadamente, o córion e membrana amniótica. A membrana amniótica, é uma membrana fina, que envolve completamente o embrião/feto e delimita a cavidade amniótica que é, por sua vez, preenchida pelo líquido amniótico. Relativamente às suas funções, estão maioritariamente relacionadas com os processos de transporte, metabolização, regulação endócrina e proteção (Mamede, 2017). A rutura prematura das membranas amnióticas é uma perda de líquido amniótico antes do início do TP, independentemente da IG, contudo, quando a rutura ocorre antes das 37 semanas de gestação é designada de RPM-PT (Amigo, Arpi, Bernal, & Garcia, 2018; Guerra, Mello, Patriot, & Souza, 2016; Ramos, 2018). Todavia, se tivermos em consideração as categorias da IG, da Guidelines for Perinatal Care da American Academy of Pediatrics e do American College of Obstetrics and Gynecology, a grávida em questão teve uma RPMPT extremo, porque ocorreu com uma idade gestacional inferior às 32 semanas (Ramos, 2018). O diagnóstico

pode ser realizado através da avaliação ultrassonográfica e pela mensuração do índice de líquido amniótico (Guerra et al., 2016). Quanto ao uso de tocolíticos, no caso da mulher com RPMPT, em TP, os mesmos aumentam o risco de corioamnionite, não tendo benefício materno ou neonatal significativo. Contudo, quando o trabalho de parto não é iniciado espontaneamente, é recomendado a interrupção da gravidez, ou seja, deve-se programar às 34 semanas a indução de trabalho de parto (ITP), ou cesariana, devido ao risco de infecção (Ramos, 2018).

A obesidade é um dos principais problemas de saúde pública atuais, sendo também considerada uma doença crônica, definida como uma situação em que existe uma acumulação excessiva de massa gorda corporal, com potencial impacto negativo na saúde, podendo culminar incidência e agravamento de múltiplas patologias (Camolas, Graça, Gregório, & Sousa, 2017). Em casos de obesidade prévia ou adquirida durante a gravidez, podem ocorrer complicações no âmbito de deficiências múltiplas de micronutrientes, hipertensão arterial, pré-eclampsia, diabetes gestacional, hemorragia pós-parto, baixo peso ao nascimento, macrossomia, maior incidência de anomalias congênitas, aumento do risco desenvolvimento de obesidade na vida adulta, complicações metabólicas, diabetes mellitus tipo I e II, asma, e comprometer a lactação (Bica, Calhau, Castela, Graça; Gregório, Lopes, ... & Vasconcelos 2021).

Logo, em casos de excesso de peso é essencial a modificação dos estilos de vida de forma individualizada, centrada na promoção de mudanças comportamentais sustentáveis e não apenas na perda de peso (Camolas et al., 2017). Desta forma, a grávida deve adotar padrões alimentares e de atividade física adequados para reduzir o ganho de peso e melhorar os resultados de saúde, sendo que o ganho de peso saudável durante a gravidez depende de acordo com o reconhecimento da necessidade de equilibrar os benefícios de um

crescimento fetal saudável, contra os riscos de complicações no parto e pós-parto para a mãe e recém-nascido (Bica et al., 2021).

A obstipação é definida como uma disfunção intestinal caracterizada pela presença de defecações incompletas, por vezes acompanhado pelo aumento do grau de dificuldade em defecar e alargamento do intervalo entre as mesmas. Esta pode surgir sob a forma de episódios agudos, intermitentes ou crônicos. Os utentes apresentam uma defecação insatisfatória quando ocorre uma diminuição do número de defeções (inferior a três vezes por semana), alteração da consistência das fezes para fezes duras e desconforto abdominal (Casimiro, Morna, Oliveira, & Santos, 2020). No caso concreto das grávidas, cerca de 35-40% sofrem de obstipação (Bica et al., 2021). Nestes casos abordagem consiste na alteração dos estilos de vida e dieta, com a finalidade de instituir uma alimentação rica em fibras, aumentar a quantidade de líquidos ingeridos, instituir a prática de exercício físico, podendo também ser necessário a introdução de laxantes. Além do mais, é importante enfatizar que existem medicamentos que podem causar obstipação, sendo importante ter em atenção este fator, especificamente no caso da grávida os suplementos de Ferro, que podem por vezes provocar ou agravar a obstipação (Bica et al., 2021; Casimiro et al., 2020).

Este relato de caso teve como objetivo, elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem com enfoque na obesidade e obstipação numa utente com APPT.

MATERIAIS E MÉTODOS

O relato de caso é uma “pesquisa empírica, que investiga fenômenos contemporâneos dentro de um contexto de vida real” tendo o objetivo de “explorar, descrever e explicar o evento ou fornecer uma compreensão profunda do fenômeno”, logo, o presente relato de caso teve por base uma metodologia de investigação coerente, que pode ser apropriada pela enfermagem (Andrade,

Ferreira, Piccoli, Ruoff, Piccoli, Schmitt & Xavier, 2017).

Para a elaboração do presente relato de caso, foram respeitadas as diretrizes que devem guiar a investigação em enfermagem, nomeadamente, a beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade. Estes direitos estão por sua vez, diretamente relacionados com o respeito dos participantes no estudo, tal como, não receber dano, direito de conhecimento pleno, autodeterminação, intimidade, anonimato e à confidencialidade. Assim sendo, foi exposto à pessoa a intenção do presente relato de caso, enfatizando os seus direitos supracitados. Foi também realizado um convite à participação com consentimento por escrito, para que a utente pudesse realizar uma declaração expressa do seu consentimento, garantindo, uma participação durante o período de internamento da utente, de forma voluntária, sigilosa, que os dados apenas serão utilizados para melhorar os conhecimentos no âmbito da saúde materna, sem riscos, sem financiamento, e reconhecendo direito do participante em revogar o consentimento e abandonar o estudo, em qualquer momento, sem quaisquer penalização ou prejuízos (Nunes, 2020).

O relato de caso retrata uma grávida, com 40 anos, com índice obstétrico (IO) de 0000, sendo a gravidez resultante de uma microinjeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) com posterior transferência de embriões criopreservados (TEC). A grávida foi hospitalizada, por uma APPT, devido a um colo do útero com 18 mm de comprimento e afunilamento a 17 mm, com uma idade gestacional (IG) de 25 semanas. No decorrer do internamento foi diagnosticada uma RPMPT, às 26 semanas + 3 dias de gestação.

Para a elaboração do plano de cuidados elaborou-se uma recolha de dados clínicos, norteada pelo Modelo das Atividades de Vida Diárias de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney. O modelo inicial de Nancy Roper foi reformulado em 1980, pela autora

e pela Winifred Logan e Alison Tierney, transformando-o num modelo mais completo e adaptado às necessidades da prática dos cuidados de enfermagem. Este insere-se na Escola de Pensamento das Necessidades Humanas Básicas, estando também contido no Paradigma da Integração (Coroado, Fonseca, & Pissarro, 2017). Assim sendo, o presente modelo é baseado num modelo de vida, que surge da inter-relação dos fatores que influenciam as atividades de vida durante o ciclo vital do indivíduo, num continuum dependência/independência. Logo, o modelo, descreve a vida segundo um conjunto de 12 atividades de vida diárias (manutenção do ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação, eliminação, higiene pessoal e vestuário, mobilidade, controlo de temperatura corporal, trabalho e lazer, expressão da sexualidade, sono e morte), em que o objetivo principal da pessoa é atingir a autossatisfação e independência máxima nas presentes atividades, dentro do possível e de acordo com as circunstâncias em que se encontra (Allgood, 2018; Coroado et al., 2017).

Posteriormente à recolha de informação, foi realizada um plano de cuidados, sendo utilizada a taxonomia North American Nursing Diagnosis Association – International (NANDA-I) (Herdman & Kamitsuru, 2018) para a elaboração dos diagnósticos, as intervenções de enfermagem foram justificadas pela Nursing Intervention Classification (NIC) (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010), o resultado esperado e avaliação dos resultados obtidos, foram realizadas de acordo com a linguagem Nursing Outcome Classification (NOC) (Johnson, Maas, Moohead, & Swanson, 2008). Desta forma, a utilização do presente modelo permite um planeamento dos cuidados individualizado, e assim evitar, aliviar, resolver ou suportar os problemas reais ou potenciais relacionados com as atividades de vida diárias e a prevenir o reaparecimento de problemas que já foram solucionados, lidando de forma positiva com os mesmos, ou seja, este modelo tem como objetivo auxiliar

os enfermeiros a planejar uma abordagem personalizada de intervenções, que ao serem implementadas, tenham o intuito de capacitar o utente para enfrentar os problemas que provocam dependência, procurando alcançar a independência em qualquer atividade de vida que esteja afetada (Coroado et al., 2017).

Este relato de caso, tem por base a CARE guidelines (Network Equator, 2020), e relativamente à recolha de dados clínicos, tal como já referido, foi norteadada pelo Modelo das Atividades de Vida Diárias de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney, quanto aos instrumentos para a recolha de dados foi utilizado a entrevista, observação e o exame físico, mas também através de fontes de dados, nomeadamente, B-on, Pubmed, Scielo e Google Académico.

Foi realizada a recolha de dados tendo por base o Modelo Teórico escolhido, enfatizando os dados relativos ao internamento e apresentada na Tabela 1.

Tabela 1- Avaliação das atividades de vida diárias

Manutenção de ambiente seguro: Existe o risco de infecção cruzada, associado à colocação do pessário, acesso venoso periférico e à RPMPT, sendo realizados todos os cuidados para a prevenção da infecção. O risco de queda de acordo com a escala de Morse, oscilou entre um baixo risco e a ausência de risco de queda.

Comunicação: Apresenta linguagem verbal, nomeadamente, discurso coerente, fluente, com iniciativa, e sem dificuldade em ouvir o que lhe é dito. Quanto à paralinguagem a velocidade, tom e modulação apresenta-se adequada. Do ponto de vista não-verbal, estabelece contacto visual, transmite informação através da expressão facial, e realiza gestos em quantidade moderada.

Respiração: Eupneica em ar ambiente, normotensa, normocardica, sem queixas álgicas, referindo apenas a sensação de peso pélvico por períodos.

Alimentação: A grávida apresenta um Índice de Massa Corporal de 37,3 kg/m². Alimenta-se de forma independente, ingere dieta geral, bebe aproximadamente 2 litros de água diariamente. Refere que o stress faz com que aumente a ingestão de alimentos e que era seguida por uma nutricionista no domicílio.

Eliminação: Realiza várias micções por dia, com características normais, na arrastadeira por indicação médica. Relativamente à eliminação intestinal, a utente inicialmente deslocava-se ao WC com recurso a cadeira de rodas para evacuar, e posteriormente teve indicação médica para evacuar na arrastadeira devido à RPMPT. Além do mais, durante o internamento teve uma perda hemática em pequena quantidade via retal, períodos de obstipação, e as características são em pequena quantidade, endurecidas, coloração castanho-escura, odor *sui generis*, e refere dificuldade em visualizar a presença de fibras.

Higiene pessoal e vestuário: Primeiramente a utente desloca-se ao WC em cadeira de rodas, para realizar a sua higiene pessoal, que realizava de forma independente. Contudo, após RPMPT, tem indicação para realizar a higiene no leito, necessitando de ajuda parcial. Também requer ajuda para colocar e remover as meias de compressão.

Apresenta mucosas coradas, hidratadas, sem secreções. Pele integra e hidratada, à exceção do cotovelo esquerdo que apresentavam rubor branqueável. Aplicando a escala de Braden apresenta baixo risco de desenvolver úlcera por pressão.

Controlo da temperatura corporal: Apirética. Consegue reconhecer a sensação de frio e calor.

Mobilidade: Inicialmente a utente apresentava indicação para realizar a sua higiene pessoal e evacuar no WC, realizando levante para cadeira rodas, necessitando apenas que realizem a condução da cadeira de rodas. Todavia, devido à indicação de repouso absoluto no decorrer da RPMPT, apenas se pode mobilizar no leito, no qual não apresenta limitações. Assim sendo, devido

às restrições na sua mobilidade por indicação médica, iniciou enoxaparina sódica, a colocação das meias de compressão e medicina física de reabilitação.

Trabalho e lazer: A grávida lê, vê séries no tablet, fala com as colegas de quarto/equipa multidisciplinar/familiares/amigos e também tem as visitas do marido e mãe.

Expressão da Sexualidade: A utente é casada e não tem filhos. Refere que o processo até alcançar a gravidez atual fortaleceu a relação do casal. Mantém um aspeto limpo e higienizado.

Sono: Dorme 7 horas durante o período noturno e aproximadamente 30 minutos após o almoço. A utente apresenta sinais de sonolência durante o dia, refere alguma dificuldade em adormecer, que não tem um sono revigorante por acordar várias vezes ao longo da noite devido ao ruído, realização de terapêutica e necessidade de urinar.

Morte: Durante o internamento apresenta períodos de labilidade emocional e refere apenas que se encontra ansiosa face à situação clínica, não especificando os assuntos que lhe causam mais preocupação, desta forma, foi aplicado o questionário Cambridge Worry Scale, que revelou preocupação sobre a saúde de alguém próximo da utente, a possibilidade de algo estar errado com o bebé, o parto e o lidar com o novo bebé. Para avaliar a ansiedade na gravidez, utilizou-se a Escala de Rastreamento de Ansiedade Perinatal, que indicou que a utente apresenta ansiedade severa.

Foi elaborado um fluxograma, segundo a CARE guidelines, para a exposição do caso clínico de forma mais sistematizada (Figura 1). Tendo em consideração os dados apresentados anteriormente, foram definidos os 12 diagnósticos de enfermagem, sendo que nos iremos debruçar sobre os diagnósticos de (00232) Obesidade e (00011) Constipação, devido à especificidade dos cuidados na grávida, e também à situação clínica, pois a grávida apresenta indicação para restrição da mobilidade. Desta forma, o papel do enfermeiro é fulcral, promovendo uma alimentação saudável, tendo assim um impacto significativo nos diagnósticos anteriormente citados, sendo necessário uma abordagem individualizada à grávida em questão, devido à gravidez, mas também devido ao encurtamento e afunilamento do colo do útero, tal como, RPMPT, uma vez que a utente devido à presente situação clínica teve indicação para condicionar a sua mobilidade.

Avaliação Inicial da grávida

Apresentação de Sintomas Relacionados com o Episódio:

A utente deu entrada no serviço de Urgência Ginecológica-Obstétrica, devido a algias pélvicas com irradiação para a região lombar e sensação de peso pélvico (IG: 25 semanas).

Antecedentes pessoais: Hipertensão de bata branca, obesidade, hipotiroidismo, síndrome do ovário policístico, miomas uterinos.

Antecedentes obstétricos: IO: 0000, 2 inseminações intrauterina (IIU), 1 ICSI+ TEC.

Antecedentes familiares: diabetes *mellitus* tipo II e hipertensão arterial.

Exame Físico:

Hemodinamicamente estável.

Altura: 1,74 m, **Peso:** 133 kg, **IMC:** 37,3 kg/m²

Ecografia Transvaginal: Colo encerrado em 18 mm, 17 mm afunilamento.

Ecografia: Feto com apresentação cefálica, placenta anterior alta sem sinais de descolamento, ILA normal, boa dinâmica fetal.

Auscultação batimentos cardíacos fetais: +/- 145 bpm, rítmicos, com boa tonalidade e audíveis pela grávida.

História Atual:

Utente internada por colo do útero com 18 mm, com afunilamento de 17 mm (IG: 25 semanas).

Perda hemática em pequena quantidade de origem retal (IG: 26 semanas +1 dia).

Colocado pessário Arabin (IG: 26 semanas +2 dias).

RPMPT com ILA: 8.8 cm (IG: 26 semanas +3 dias).

Avaliação diagnóstica:

1.(00232) Obesidade; 2. (00011) Constipação;

3.(00004) Risco de infeção; 4. (00206) Risco de sangramento; 5. (00110) Déficit no autocuidado para higiene íntima; 6. (00108) Déficit no autocuidado para banho; 7 (00109) Déficit no autocuidado para vestir-se; 8. (00249) Risco de lesão por pressão; 9. (00046) Integridade da pele prejudicada; 10. (00089) Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada; 11. (00198) Distúrbio no padrão de sono; 12. (00146) Ansiedade.

Intervenções terapêuticas iniciais

Terapêutica Medicamentosa:

Via de administração intramuscular: Betametasona.

Via de administração subcutânea: Enoxaparina sódica.

Via de administração vaginal: Progesterona.

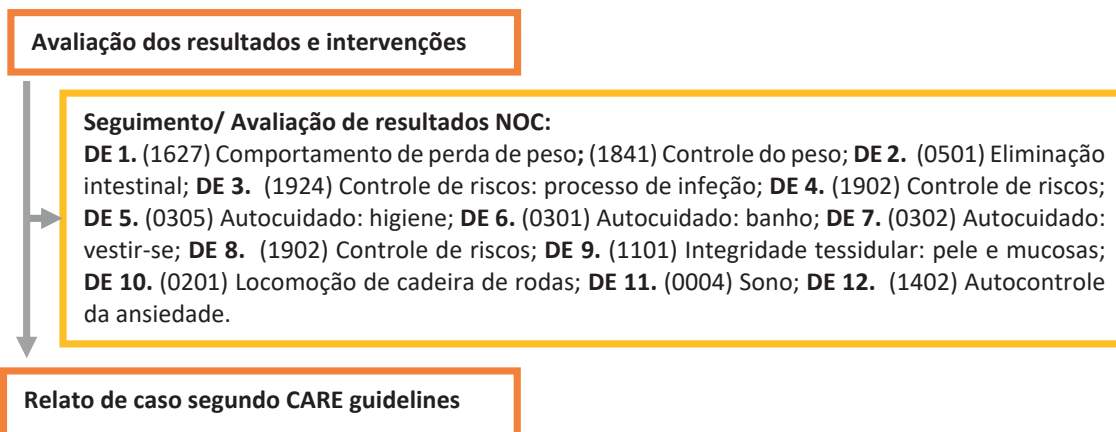
Via de administração retal: Citrato de sódio + Laurilsulfo acetato de sódio.

Via de administração oral: Ácido fólico; Sulfato ferroso; Ácido acetilsalicílico; Lactulose; Hidróxido de magnésio; Bisacodilo; Claritromicina; Amoxicilina.

Via de administração endovenosa: Claritromicina; Ampicilina.

Intervenções de Enfermagem (NIC):

DE 1. (1100) Controle da nutrição; (12600) Controle de peso; (4246) Aconselhamento nutricional; (5614) Ensino: dieta prescrita; **DE 2.** (0430) Controle intestinal; (1100) Controle da nutrição; (4129) Controle hídrico. **DE 3.** (0630) Controle do pessário; (1750) Cuidados com o períneo; (4200) Terapia endovenosa; (6540) Controle de infeção; (6550) Proteção contra infeção; **DE 4.** (1750) Cuidados com o períneo; (4010) Precauções contra sangramento; (4020) Redução do sangramento; **DE 5.** (1804) Assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário; **DE 6.** (1801) Assistência no autocuidado: banho/higiene; **DE 7.** (1802) Assistência no autocuidado: vestir-se/ arrumar-se; **DE 8.** (3500) Controle da pressão; (3540) Prevenção de úlceras de pressão; **DE 9.** (3660) Cuidados com lesões; (3590) Supervisão da pele; **DE 10.** (0846) Posicionamento: cadeira de rodas; (1800) Assistência no autocuidado; **DE 11.** (1850) Melhora do sono; **DE 12.** (5820) Redução da ansiedade; (5270) Apoio emocional.



RESULTADOS

A partir da interpretação e análise da apreciação inicial, definiram-se 12 DE, mas iremos abordar dois como primordiais para a qualidade de vida da utente e por outro lado importantes também a nível obstétrico para esta utente.

Apresentamos nas tabelas 2 e 3 a proposta de planeamento de cuidados de enfermagem que elaboramos e realizámos para dar resposta aos resultados esperados e cuja avaliação demonstra que os resultados esperados foram alcançados.

Tabela 2- Plano de cuidados referente ao DE Obesidade

<p>Diagnóstico (NANDA-I):</p> <p>(00232) Obesidade “Condição em que o indivíduo acumula gordura excessiva para a idade e o sexo que excede o sobrepeso” (Herdman & Kamitsuru, 2018).</p>	
<p>Resultado Esperado (NOC):</p> <p>(1627) Comportamento de perda de peso “Ações pessoais para perder peso por meio de dieta, exercícios e modificação do comportamento” (Johnson et al.,2008).</p> <p>(1841) Controle do peso “Alcance da compreensão transmitida sobre a promoção e a manutenção de um excelente peso corporal e um percentual de gordura coerente com a altura, a complicação física, o gênero e a idade” (Johnson et al.,2008).</p>	
<p>Intervenções (NIC):</p> <p>(Bulechek et al.,2010)</p>	<p>(1100) Controle da nutrição:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perguntar se o utente possui alguma alergia alimentar. • Confirmar as preferências alimentares do utente. • Determinar junto da Nutricionista, o número de calorias e o tipo de nutrientes necessárias para atender às exigências nutricionais do utente. • Adaptar a dieta ao estilo de vida do utente, conforme apropriado. • Encorajar uma ingestão caloria adequada ao tipo de corpo e ao estilo de vida. • Monitorizar a ingestão, registando o conteúdo nutricional e calórico consumido. • Oferecer informações adequadas sobre as necessidades nutricionais e a forma de satisfazê-las. • Determinar a capacidade do paciente para satisfazer as suas necessidades nutricionais. <p>(12600) Controle de peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discutir com o utente a relação entre a ingestão alimentar, exercício, aumento e perda de peso. • Discutir com o paciente as condições médicas capazes de afetar o peso. • Discutir com o paciente os hábitos, os costumes e os fatores culturais e hereditários que influenciam o peso.

	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir os riscos associados ao fato de estar com excesso de peso. • Encorajar o indivíduo a consumir diariamente quantidades adequadas de água. • Determinar a motivação do utente para alterar hábitos alimentares. • Encorajar o paciente a ingerir quantidades diárias de água adequadas. <p>(5246) Aconselhamento nutricional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança e no respeito. • Determinar a ingestão e os hábitos alimentares do utente. • Estabelecer metas realistas a curto e longo prazo em relação à mudança do estado nutricional. • Usar padrões nutricionais aceites para auxiliar e avaliar a adequação da ingestão alimentar. • Discutir as exigências nutricionais e as perceções do utente sobre a dieta prescrita. • Auxiliar o utente a declarar os seus sentimentos e precauções sobre o alcance das metas. • Elogiar esforço para atingir as metas. <p>(5614) Ensino: dieta prescrita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o nível atual de conhecimentos do paciente sobre a dieta prescrita. • Determinar sentimentos/atitude do utente/pessoa importante em relação à dieta prescrita e o grau esperado de obediência à dieta. 		
Indicadores (Johnson et al., 2008)	Pontuação Inicial	Pontuação Final	
(162703) Compromisso com um plano alimentar saudável.	4	5	A escala varia de 1 (nunca demonstrado) a 5 (consistentemente demonstrado).
(162704) Seleção de	4	5	

alimentos e líquidos nutritivos.			
(162705) Controle da porção alimentar.	4	5	
(162708) Controle da preocupação com os alimentos.	4	5	
(162709) Identificar estados emocionais que afetam a ingestão de alimentos e líquidos.	3	4	
(162719) Uso de sistema de apoio pessoal para melhorar a perda de peso.	4	5	
(184109) Práticas nutricionais saudáveis.	4	5	A escala varia de 1 (nenhum conhecimento) a 5 (conhecimento amplo).
(184110) Ingestão excelente de líquidos.	4	5	
(184111) Estratégias para modificar a ingestão de alimentos.	4	5	
(184113) Estados emocionais que desencadeiam alimentação não saudável.	3	4	

Tabela 4- Plano de cuidados referente ao DE constipação

<p>Diagnóstico (NANDA-I): (00011) Constipação “Diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por eliminação difícil ou incompleta de fezes e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas” (Herdman & Kamitsuru, 2018).</p>			
<p>Resultado Esperado (NOC): (0501) Eliminação intestinal “Formação e evacuação das fezes” (Johnson et al., 2008).</p>			
<p>Intervenções (NIC): (Bulechek et al., 2010)</p>	<p>(0430) Controle intestinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar problemas intestinais preexistentes, a rotina intestinal e o uso de laxantes. • Anotar a data da última dejeção. • Monitorizar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia, constipação e impactação. • Monitorizar os movimentos intestinais, inclusive a frequência, a consistência, a forma, o volume e a cor das fezes. • Orientar o utente sobre alimentos específicos que auxiliam a promoção da regularidade intestinal. • Oferecer líquidos quentes após as refeições. • Avaliar o perfil dos medicamentos em relação aos efeitos gastrointestinais secundários. • Administrar medicamentos laxantes, conforme apropriado. • Inserir supositório retal, se necessário. <p>(1100) Controle da nutrição:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantir que a dieta inclua alimentos ricos em fibras para evitar a constipação. <p>(4120) Controle hídrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer líquidos, quando adequado. 		
<p>Indicadores (Johnson et al., 2008)</p>	<p>Pontuação Inicial</p>	<p>Pontuação Final</p>	
<p>(050101) Padrão de eliminação.</p>	<p>2</p>	<p>5</p>	<p>A escala varia de 1 (gravemente</p>

(050103) Cor das fezes.	4	5	comprometido) a 5 (não comprometido).
(050104) Quantidade de fezes em relação coma dieta.	3	5	
(050105) Fezes macias e formadas.	3	5	
(050112) Facilidade na passagem das fezes.	2	5	
(050110) Constipação.	3	5	A escala varia de 1 (grave) a 5 (nenhum).

DISCUSSÃO

De forma a aplicar medidas para a prevenção de um parto pré-termo, neste caso concreto a utente teve indicação para realizar progesterona via vaginal e aplicar o pessário de Arabin, que foi colocado às 26 semanas + 2 dias, sendo que o estudo de Amorim et al. (2019) revela que o uso de um pessário cervical em conjunto com a progesterona intravaginal é um método seguro e viável para a prevenção de parto prematuro em mulheres com colo uterino curto, conduzindo a um prolongamento da gravidez de aproximadamente 13,5 semanas.

Relativamente aos riscos da presente situação clínica, existe risco aumentado da morbidade e mortalidade materno-fetal, pois pode estar associada a complicações como a corioamnionite, prematuridade, síndrome de dificuldade respiratória, entre outros (Amigo et al., 2018; Ramos, 2018). Assim sendo, devem ser monitorizados os sinais de infeção, sinais de descolamento prematuro da placenta, compressão do cordão umbilical, comprometimento do bem-estar fetal ou presença de sinais de trabalho de parto. Deve ser realizada antibioterapia para prolongar o período de latência, e assim, reduzir as infeções maternas e neonatais, tal como, reduzir a morbidade gestacional. Além do mais, é recomendado a administração de corticoides, para a realização da maturação

pulmonar fetal, porque a administração dos mesmos reduz o risco de mortalidade neonatal, síndrome de dificuldade respiratória, hemorragia intraventricular e enterocolite necrosante. Devendo ser administrado em mulheres grávidas entre as 24 e 34 semanas de gestação, e pode ser considerado para mulheres grávidas às 23 semanas de gestação que estão em risco de parto prematuro nos próximos 7 dias (Ramos, 2018).

No caso concreto da grávida, com RPM-PT, foi realizada uma monitorização de sinais e sintomas das complicações inerentes à patologia, realização de antibioterapia e maturação pulmonar fetal e caso a utente não inicie TP espontaneamente irá ser realizada ITP às 34 semanas de gestação e se necessário cesariana (Ramos, 2018).

Como foi referido, em casos de excesso de peso é essencial a modificação dos estilos de vida de forma individualizada, centrada na promoção de mudanças comportamentais sustentáveis e não apenas na perda de peso (Camolas et al., 2017). No decorrer da gravidez é natural que possa existir um aumento do peso, devido à formação da placenta, líquido amniótico, crescimento do feto, volume do útero e do sangue, tecido mamário e tecido adiposo, existindo recomendações para o ganho de peso durante a gravidez de acordo à necessidade de equilibrar os benefícios

de um crescimento fetal saudável, contra os riscos de complicações no parto e pós-parto para a mãe e recém-nascido, uma vez que podem existir complicações materno-fetais associada à obesidade prévia ou adquirida durante a gravidez. Assim sendo, como no decorrer da gravidez existem alterações metabólicas e fisiológicas na gestante, para assegurar o crescimento e o desenvolvimento do feto, resultando numa necessidade aumentada ao nível energético e nutricional, sendo deste modo, é essencial que a grávida possua uma alimentação associada à sua condição, nomeadamente, uma dieta que siga a os princípios da alimentação saudável da Roda dos Alimentos, assegurando uma dieta completa, equilibrada e variada (Bica et al., 2021).

Desta forma, relativamente ao diagnóstico (00232) Obesidade, verificamos que a utente apresenta uma melhoria relativa ao (162703) Compromisso com um plano alimentar saudável; (162704) Seleção de alimentos e líquidos nutritivos; (162705) Controle da porção alimentar; (162708) Controle da preocupação com os alimentos; (162709) Identificar estados emocionais que afetam a ingestão de alimentos e líquidos; (162719) Uso de sistema de apoio pessoal para melhorar a perda de peso; (184109) Práticas nutricionais saudáveis; (184110) Ingestão excelente de líquidos; (184111) Estratégias para modificar a ingestão de alimentos; (184113) Estados emocionais que desencadeiam alimentação não saudável. No caso concreto da grávida do relato de caso, a mesma apresentava obesidade prévia à gravidez, e as alterações ao nível do seu estilo de vida apenas puderam recair ao nível da dieta instituída, devido à condição clínica da utente. Em suma, a utente passou a realizar uma dieta saudável e equilibrada adequada as suas necessidades atuais (Bica et al., 2021).

Por sua vez, a obstipação é um distúrbio intestinal, caracterizado pela dificuldade em manter o trânsito intestinal regularizado, podendo apresentar defecações incompletas,

aumento do grau de dificuldade em defecar e aumento do intervalo entre as mesmas. São várias as causas conhecidas de obstipação, de onde se destaca a dieta pobre em fibras, a falta de atividade física, o consumo de alguns medicamentos, mudanças no estilo de vida e nas rotinas diárias, ou por alterações anatómicas e fisiológicas. Desta forma, entre as diferentes abordagens que podem ser utilizadas, pode destacar-se a o aumento do teor de fibra e da hidratação, pois constituem métodos acessíveis e eficazes para elevar a frequência evacuatória, caso seja, necessário a utilização de laxantes, também é uma opção (Casimiro et al., 2020).

Assim sendo, quanto ao diagnóstico (00011) Constipação, verificamos uma melhoria nos indicadores (050101) Padrão de eliminação; (050103) Cor das fezes; (050104) Quantidade de fezes em relação coma dieta; (050105) Fezes macias e formadas; (050112) Facilidade na passagem das fezes; (050110) Constipação. De forma geral, a utente já não apresenta obstipação devido à implementação de uma dieta rica em fibras, aumento da ingestão de líquidos, tal como, a toma de terapêutica laxante. No caso da grávida em questão a abordagem recaiu sobre a alteração da dieta aumentando a ingestão de fibras, líquidos, e também a administração de terapêutica laxante, não sendo possível atuar ao nível da prática de exercício físico devido à situação clínica da grávida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso desta utente por apresentar uma APPT, existe o risco que ocorra o parto ou nascimento antes das 37 semanas de gestação, devido ao encurtamento e afunilamento do colo uterino, uma vez que a função biomecânica primária de manter o feto dentro do útero fica comprometida com a presente situação clínica, sendo por este motivo que existiu uma indicação inicial para a utente apenas realizar levante com recurso a cadeira de rodas para executar a sua higiene e evacuar, contudo, foi com a RPMPT que a utente teve indicação

para repouso absoluto no leito. Neste âmbito, salientamos os diagnósticos de enfermagem (00232) Obesidade e (00011) Constipação (00206), porque ambos os diagnósticos também são afetados com a restrição da mobilidade da utente, não tendo sido possível atuar no âmbito da atividade física, todavia, foi possível intervir no âmbito da alimentação e hidratação. Posto isto, cabe aos enfermeiros a promoção de hábitos de vida saudáveis, entre os quais uma alimentação saudável, sendo esta essencial para a promoção da qualidade de vida.

Por fim, o presente relato de caso permitiu trabalhar os diagnósticos supracitados e atingir os resultados esperados, evidenciando a importância da atuação do enfermeiro no âmbito da promoção de uma alimentação saudável e adequada às circunstâncias dos utentes. Assim, o plano de cuidados apresentado foi elaborado atendendo à individualidade da utente em estudo, apesar de seguir as diretrizes NANDA, NIC e NOC. Este estudo pode dar contributos importantes para a prestação e cuidados a utentes em situação idêntica.

As limitações deste estudo, estão relacionadas com o tipo de estudo, pois sendo individualizado, não permite extrapolações, no entanto permite ter uma linha comum para outras situações semelhantes.

Declaração de conflitos de interesse

Não há conflito de interesses.

Declaração de suporte financeiro

Não há financiamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allgood, M. (2018). Modelos y Teorías en Enfermería (9ª ed.). Madrid: Elsevier.

Amigo, C., Arpi, P., Bernal, I., & Garcia, A. (2018). Utilidad Diagnóstica del Biomarcador Relación Plaquetas-linfocitos en Rotura Prematura de Membranas de Término y Pretérmino. *Perinatología y Reproducción humana*, 32(4), 151 – 154. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.08.007>

Amorim, E., Corrêa, T., Júnior, M., &

Tomazelli, J. (2019). Use of the Pessary in the Prevention of Preterm Delivery. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 41(1), 53-58. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676511>

Andrade, A., Duarte, C., Guerra, C., Ladeiras, R., & Silva, B. (2021). Case Report of Ultrasound-Indicated Cerclage in Triplet Pregnancy. *Acta Obstetrica e Ginecologica Portuguesa*, 15(1), 56-60.

Andrade, S., Ferreira, A., Piccoli, T., Ruoff, A., Piccoli, T., Schmilt, M., & Xavier, A. (2017). O Estudo de Caso como Método de Pesquisa em Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(4), 0-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>

Bica, M., Calhau, C., Castela, I., Graça, P., Gregório, M., Lopes, S., . . . Vasconcelos, F. (2021). Alimentação e Nutrição na Gravidez. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Camolas, J., Graça, P., Gregório, M., & Sousa, S. (2017). Obesidade: Otimização da Abordagem Terapêutica no Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Casimiro, C., Morna, H., Oliveira, A., & Santos, S. (2020). Obstipação Crónica: Recomendações de Tratamento Médico e Cirúrgico. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*.

Coroado, R., Fonseca, C., & 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.

Cunha, M., Loureiro, T., & Montenegro, N. (2006). Avaliação Ecográfica do Colo Uterino e Rastreamento de Parto Pré-Termo: Método Útil ou Ainda Controverso? *Acta Médica Portuguesa*, 19, 395-404.

Dębski, R., Huras, H., & Kalinka, J. (2017).

Short Cervix in Twin Pregnancies: Current State of Knowledge and the Proposed Scheme of Treatment. *Via Medica*, 88(11), 626-632. 10.5603/GP.a2017.0112

Guerra, G., Mello, B., Patriot, A., & Souza, A. (2016). Evaluation of Perinatal Outcomes in Pregnant Women with Preterm Premature Rupture of Membranes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 62(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.03.269>

Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação* (11^a edição). Porto Alegre: Artmed.

Johnson, M., Maas, M., Moohead, S., & Swanson, E. (2008). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)* (4^a ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Mamede, A. (2017). *Membrana Amniótica: Uma Opção Terapêutica para o Cancro?* Tese de Doutorado, Universidade da Beira Interior, Departamento de Ciências da Saúde, Covilhã. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/4495>

Network Equator. (2020). *The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development*. Consultado em 2 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/>

Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na Investigação em Enfermagem*. Consultado em 21 de maio de 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/32782>

Pintor, I. (2018). *Avaliação do Comprimento do Colo Uterino das Grávidas: Análise Crítica da Experiência de Três Anos no CHCB*. Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Departamento de Ciências da Saúde, Covilhã. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/8344>

Ramos, M. (2018). Manejo Actual de la Rotura Prematura de Membranas en Embarazos Pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 405-413. Disponível em: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2105>