

## Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal

*Nursing Diagnoses identified in pregnant patients under prenatal care*

*Diagnósticos de Enfermería identificados en embarazos durante el prenatal*

Sandra Valéria Martins Pereira

*Enfermeira Obstétrica. Mestre em Enfermagem. Coordenadora dos serviços de Enfermagem da Maternidade Dr. Adalberto Pereira Silva. Professora e Diretora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário da Unievangélica de Anápolis-GO.*

Maria Márcia Bachion

*Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.*

### RESUMO

Esta pesquisa descritiva objetivou analisar o perfil de Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes de baixo-risco. Participaram onze gestantes atendidas no pré-natal de uma maternidade segura no estado de Goiás. Os dados foram classificados segundo a taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e analisados à luz de referenciais da obstetrícia. Foram identificados 25 diferentes Diagnósticos de Enfermagem. Todas as gestantes apresentaram: Conhecimento deficiente (diferentes graus e assuntos), Padrão de sono perturbado, Intolerância à atividade percebida, Déficit do autocuidado (banho e higiene), Incontinência urinária por pressão e alguns diagnósticos de risco. Identificar Diagnóstico de Enfermagem da NANDA permite a determinação do grau de risco gestacional, detecção precoce de complicações e individualização da assistência de enfermagem.

**Descritores:** Gravidez; Enfermagem obstétrica; Diagnóstico de enfermagem.

### ABSTRACT

*This descriptive research aimed to analyze the Nursing Diagnoses identified in low-risk pregnant patients. Eleven pregnant women received prenatal care in a safe maternity in the state of Goiás. The data were classified under the NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) taxonomy II and analyzed according to the referrals in obstetrics. Twenty-five different Nursing Diagnoses were identified. All pregnant women presented: insufficient knowledge (different levels and subjects), disturbed sleep pattern, activity intolerance, self-care deficit (bathing and hygiene), stress urinary incontinence, and some risk diagnoses. Identifying NANDA's Nursing Diagnoses allows the identification of the risk level, early detection of complications, and individualization in nursing assistance.*

**Descriptors:** Pregnancy; Obstetrical nursing; Nursing diagnosis.

### RESUMEN

*Este estudio descriptivo pretende analizar el perfil de Diagnósticos de Enfermería identificados en embarazos de bajo riesgo. Participaron once embarazadas atendidas en el prenatal de una maternidad confiable en el estado de Goiás. Los datos fueron clasificados según la taxonomía II de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA/Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) y analizados bajo los referenciales de la obstetrícia. Fueron identificados 25 diferentes Diagnósticos de Enfermería. Todas las embarazadas presentaron: Conocimiento insuficiente (diferentes grados y asuntos), Patrón de sueño alterado, Intolerancia a la actividad percibida, falta de auto-higiene (baño e higiene personal), Incontinencia urinaria por presión y algunos diagnósticos de riesgo. Identificar Diagnóstico de Enfermería de NANDA permite la determinación del grado de riesgo, detección precoz de complicaciones e individualización de la asistencia de enfermería.*

**Descritores:** Embarazo; Enfermería obstétrica; Diagnóstico de enfermería.

*Pereira SVM, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. Rev Bras Enferm 2005 nov-dez; 58(6):559-64.*

## 1. INTRODUÇÃO

A gravidez constitui um período do ciclo de vida, que na maioria das vezes poderia transcorrer sem desvios da saúde, porém envolve em si uma crise adaptativa caracterizada por complexas transformações fisiológicas, emocionais, interpessoais e sócio-demográficas, as quais implicam em um potencial de risco eminente e por isso demanda atenção caráter multidisciplinar de saúde.

No Brasil as taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal ainda são consideradas altas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo na maioria das vezes associada a intercorrências obstétricas potencialmente evitáveis<sup>(1)</sup>.

Nesse contexto, nas últimas décadas, as políticas públicas na área da saúde materno-infantil

têm se organizado com enfoque na ampliação e melhoria da qualidade da assistência obstétrica, vista atualmente sob o enfoque da humanização do pré-natal, parto e nascimento.

Atualmente a política de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), intitulada Rede HumanizaSUS<sup>(2)</sup>, alberga em sua essência as diretrizes para humanização da assistência de saúde no país. Na área obstétrica integra os princípios dos programas de saúde que fundamentam o processo de mudança do paradigma de assistência à gestação e ao parto<sup>(3-5)</sup>.

A atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal implica seu preparo clínico para identificação de problemas reais e potenciais da gestante, família e comunidade, com vistas ao manejo adequado das diversas situações práticas.

A habilidade de raciocínio e julgamento clínico do enfermeiro para diagnosticar as respostas humanas a problemas de saúde e processos de vida reais ou potenciais consiste no Diagnóstico de enfermagem. A taxonomia de diagnósticos de enfermagem reconhecida oficialmente no mundo mais difundida no Brasil é a da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*<sup>(6)</sup>.

Os problemas de saúde do cliente quando classificados à luz de uma taxonomia possibilitam a utilização de uma linguagem padronizada para melhor comunicar os fenômenos de interesse da prática da enfermagem, além de nortear a tomada de decisão, seleção de intervenções de enfermagem individualizadas, documentação e avaliação do cuidado.

Vários estudos com foco no diagnóstico de enfermagem em gestantes de baixo e alto risco, bem como em adolescentes grávidas tem sido desenvolvido<sup>(7-10)</sup>. Contudo, ainda carecemos de estudos que retratem o ciclo gravídico-puerperal de forma dinâmica, isto é, em todas as suas fases.

## 2. OBJETIVO

Objetivamos analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem da taxonomia II da NANDA em mulheres ao longo do período gestacional.

## 3. PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa é parte de uma dissertação de mestrado<sup>(11)</sup>, que obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás.

Desenvolvemos um estudo descritivo longitudinal, mediante a realização de 62 consultas de enfermagem<sup>(12)</sup>, fundamentadas no Modelo Conceitual de Orem<sup>(13)</sup>.

A população constou de gestantes de baixo risco cadastradas num Programa de pré-natal de uma Maternidade Segura credenciada a Rede HumanizaSUS localizada no interior do estado de Goiás.

Foram selecionadas de 11 gestantes de baixo risco, maiores de 18 anos (cinco primíparas e seis multiparas), que compuseram uma amostra por conveniência, com idade gestacional entre 10-36 semanas, distribuídas em quotas (três do primeiro, quatro do segundo e quatro do terceiro trimestre de gestação), que foram abordadas no ambulatório de pré-natal, após a manifestação do consentimento informado, conforme os preceitos éticos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(14)</sup>, bem como da avaliação do risco gestacional.

Elaboramos um roteiro semi-estruturado de coleta de dados, baseado no Modelo do autocuidado<sup>(13)</sup>, nos parâmetros do exame obstétrico<sup>(15-17)</sup>, na Classificação dos Resultados de Enfermagem-NOC<sup>(18)</sup> e nas diretrizes das políticas de humanização do pré-natal, parto e nascimento<sup>(2)</sup>, bem como em nossa experiência na área. Tais instrumentos constituiram-se em protocolos de Consulta de enfermagem.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a julho de 2004. As participantes foram acompanhadas durante o período pré-natal, que oscilou conforme sua idade gestacional.

A técnica utilizada para coleta de dados foi o exame clínico apoiado em entrevista semi-estruturada, observação participante e medidas biofisiológicas. Os dados obtidos foram registrados (papel e caneta) nos referidos protocolos de consulta de enfermagem.

O processo de julgamento clínico dos dados de cada cliente culminou com a rotulação do diagnóstico segundo a taxonomia II da NANDA<sup>(6)</sup>. Os componentes das declarações diagnósticas - conceito diagnóstico, características definidoras e fatores relacionados foram analisados segundo a propedêutica obstétrica<sup>(16,17)</sup>.

## 4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Ao longo do acompanhamento pré-natal foram identificados vinte e cinco diferentes Diagnósticos de Enfermagem, que estão dispostos no Quadro 1 e discutidos a seguir.

**Risco para infecção** (DST-AIDS e tétano puerperal e neonatal) relacionado com conhecimento insuficiente para evitar a exposição a patógenos.

Dois gestantes primigestas (2º e 3º trimestre), não haviam recebido a dose imunizante contra o tétano devido à falta de conhecimento sobre a importância dessa vacina para mãe e filho.

Todas as gestantes (11) relataram não fazer uso do preservativo durante as relações sexuais, alegando a não concordância e repreensão dos companheiros, que atribuíam a esse cuidado o sinônimo de desconfiança e desamor.

Percebemos assim, que o uso do preservativo é visto pelo homem como desnecessário e um empecilho para plenitude do amor. A problemática relativa ao risco de doenças sexualmente transmissíveis e síndrome da imunodeficiência humana adquirida e infecções do trato urinário geralmente está associada à dificuldade de acesso ao serviço de atendimento ginecológico e obstétrico de qualidade, prejudicando consideravelmente a assistência à saúde reprodutiva.

Nesse sentido, a responsabilidade dos serviços de saúde e especialmente dos programas de pré-natal é complexa e suscita acompanhamento multidisciplinar pelo fato de que nesse âmbito, os problemas e riscos à saúde estão diretamente relacionados à cultura e condição de vida da população.

**Risco para infecção (colo de útero)** relacionado com conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos, defesas primárias inadequadas devido à presença de secreção e mudança de PH vaginal.

Uma grande multipara do primeiro trimestre queixou-se da presença de prurido e corrimento vaginal, relatando nunca ter realizado o exame colpocitológico. Uma gestante do terceiro trimestre queixou a presença de corrimento fétido e amarelado, explicando que há mais de um ano não realiza o exame colpocitológico.

**Integridade tissular prejudicada (colo de útero)** relacionada com déficit de conhecimento e a agentes irritantes evidenciado por mucosa uterina lesada.

Uma gestante do terceiro trimestre apresentou ao exame ginecológico a cérvix uterina hiperemiada com pontos de erosão rasa e secreção amarelada espessa de odor forte.

Observamos que o exame colpocitológico e o de urina tipo I não têm sido realizados nos serviços de pré-natal, conforme as orientações do Ministério da Saúde, que preconiza que a realização do exame de urina tipo I no primeiro e terceiro trimestre de gravidez e do colpocitológico como rotina nos casos de intervalos maiores de um ano. Porém na prática, a urinalise tem sido realizada apenas com enfoque curativo quando já está instalado algum tipo de transtorno urinário.

**Déficit do autocuidado para banho e higiene** relacionado com prejuízo músculo-esquelético evidenciado por incapacidade de lavar parte inferior do corpo.

Título do Diagnóstico de Enfermagem	Trimestre gestacional		
	primeiro	segundo	terceiro
Risco para infecção (DST/AIDS)	G <sub>1</sub> ,G <sub>2</sub> ,G <sub>3</sub>	G <sub>1</sub> ,G <sub>2</sub> ,G <sub>3</sub> ,G <sub>4</sub> ,G <sub>5</sub> ,G <sub>6</sub> G <sub>7</sub>	G <sub>1</sub> ,G <sub>2</sub> ,G <sub>3</sub> ,G <sub>4</sub> ,G <sub>5</sub> ,G <sub>6</sub> G <sub>7</sub> ,G <sub>8</sub> ,G <sub>9</sub> ,G <sub>10</sub> ,G <sub>11</sub>
Risco para infecção tétano puerperal e neonatal	-	G <sub>5</sub>	G <sub>5</sub> e G <sub>8</sub>
Déficit de autocuidado (banho e higiene)	-	G <sub>1</sub> ,G <sub>2</sub> ,G <sub>3</sub> ,G <sub>4</sub> ,G <sub>5</sub> ,G <sub>6</sub> G <sub>7</sub>	G <sub>1</sub> ,G <sub>2</sub> ,G <sub>3</sub> ,G <sub>4</sub> ,G <sub>5</sub> ,G <sub>6</sub> G <sub>7</sub> ,G <sub>8</sub> ,G <sub>9</sub> ,G <sub>10</sub> ,G <sub>11</sub>
Dor aguda (membros inferiores, pelve, região inguinal e lombar)	-	G <sub>2</sub> e G <sub>4</sub>	G <sub>1</sub> ,G <sub>2</sub> ,G <sub>3</sub> ,G <sub>4</sub> ,G <sub>5</sub> ,G <sub>6</sub> G <sub>7</sub> ,G <sub>8</sub> ,G <sub>9</sub> ,G <sub>10</sub> ,G <sub>11</sub>
Padrão do sono perturbado	G <sub>2</sub>	G <sub>2</sub> e G <sub>3</sub>	G <sub>1</sub> ,G <sub>2</sub> ,G <sub>3</sub> ,G <sub>4</sub> ,G <sub>5</sub> ,G <sub>6</sub> G <sub>7</sub> ,G <sub>8</sub> ,G <sub>9</sub> ,G <sub>10</sub> ,G <sub>11</sub>
Intolerância a atividade percebida	-	-	G <sub>1</sub> ,G <sub>2</sub> ,G <sub>3</sub> ,G <sub>4</sub> ,G <sub>5</sub> ,G <sub>6</sub> G <sub>7</sub> ,G <sub>8</sub> ,G <sub>9</sub> ,G <sub>10</sub> ,G <sub>11</sub>
Incontinência urinária por pressão	-	-	G <sub>1</sub> ,G <sub>2</sub> ,G <sub>3</sub> ,G <sub>4</sub> ,G <sub>5</sub> ,G <sub>6</sub> G <sub>7</sub> ,G <sub>8</sub> ,G <sub>9</sub> ,G <sub>10</sub> ,G <sub>11</sub>
Comportamento de busca de saúde percebido	G <sub>1</sub> ,G <sub>2</sub> ,G <sub>3</sub>	G <sub>4</sub> ,G <sub>5</sub> ,G <sub>6</sub> G <sub>7</sub>	G <sub>1</sub> ,G <sub>2</sub> ,G <sub>3</sub> ,G <sub>4</sub> ,G <sub>5</sub> ,G <sub>6</sub> G <sub>7</sub> ,G <sub>8</sub> ,G <sub>9</sub> ,G <sub>10</sub> ,G <sub>11</sub>
Conhecimento deficiente (diferentes assuntos)	G <sub>1</sub> ,G <sub>2</sub> ,G <sub>3</sub>	G <sub>4</sub> ,G <sub>5</sub> ,G <sub>6</sub> G <sub>7</sub>	G <sub>1</sub> ,G <sub>2</sub> ,G <sub>3</sub> ,G <sub>4</sub> ,G <sub>5</sub> ,G <sub>6</sub> G <sub>7</sub> ,G <sub>8</sub> ,G <sub>9</sub> ,G <sub>10</sub> ,G <sub>11</sub>
Risco para amamentação ineficaz	-	G <sub>4</sub>	G <sub>8</sub> ,G <sub>10</sub> ,G <sub>11</sub>
Risco para lesão fetal e materna (hipertensão arterial)	-	G <sub>5</sub> ,G <sub>10</sub> ,G <sub>11</sub>	G <sub>5</sub> ,G <sub>10</sub> ,G <sub>11</sub> ,G <sub>10</sub>
Constipação	-	-	G <sub>9</sub> e G <sub>10</sub>
Risco para lesão fetal (nicotina)	G <sub>2</sub>	G <sub>4</sub>	G <sub>4</sub> ,G <sub>8</sub> e G <sub>10</sub>
Náusea	G <sub>1</sub> ,G <sub>2</sub> ,G <sub>3</sub>	G <sub>5</sub>	-
Dor (no punho)	-	G <sub>6</sub> e G <sub>7</sub>	G <sub>6</sub> e G <sub>7</sub>
Crescimento desproporcional da gestante	-	-	G <sub>7</sub> ,G <sub>8</sub> ,G <sub>10</sub>
Campo de energia perturbado	G <sub>2</sub>	-	G <sub>4</sub> ,G <sub>8</sub> ,e G <sub>11</sub>
Eliminação urinária prejudicada	G <sub>1</sub>	G <sub>11</sub>	G <sub>11</sub>
Risco para nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	-	-	G <sub>7</sub> ,G <sub>8</sub> ,G <sub>10</sub>
Risco para Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	-	-	G <sub>9</sub>
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	G <sub>1</sub> ,G <sub>2</sub> ,G <sub>3</sub>	-	-
Integridade de pele prejudicada	-	G <sub>4</sub> e G <sub>5</sub>	G <sub>10</sub>
Risco de infecção (colo de útero)	G <sub>2</sub>	-	G <sub>2</sub>
Risco para infecção (tétano)	-	G <sub>5</sub>	G <sub>8</sub>
Membrana mucosa oral prejudicada	-	G <sub>3</sub>	G <sub>3</sub>
Integridade tissular prejudicada (colo de útero)	-	-	G <sub>11</sub>

Quadro 1. Diagnósticos de enfermagem de gestantes segundo a idade gestacional em trimestres.

Todas as gestantes no decorrer segundo (7) e do terceiro trimestre (11) verbalizaram dificuldade para flexionar diferentes partes do corpo, com progressivo esforço para tomar banho sozinhas.

**Dor aguda (membros inferiores, pelve, região inguinal e lombar)** relacionada a agentes biológicos e psicológicos evidenciada por verbalização, gestos protetores, distúrbios do sono, comportamento expressivo.

Nove gestantes (81,8 %) queixaram dor nos membros inferiores, pelve, região lombo-sacra e inguinal bilateral, em diferentes graus no decorrer do segundo e terceiro trimestre. Esta proporção é maior do que a encontrada no estudo de Ferreira e Nakano<sup>(19)</sup>, que identificaram a presença de a dor lombar entre 49 a 71% das gestantes. Segundo estas autoras, a dor interfere nas atividades da vida diária, na capacidade de trabalho, contribuindo para insônia, sentimento de incapacidade, insegurança e medo das mulheres de não poder cuidar do filho, principalmente pelo comprometimento da marcha e diminuição da destreza corporal.

A dor aguda contínua frequentemente apresentada pela gestante está relacionada ao aumento do estrogênio e a presença da relaxina ovariana que induzem ao relaxamento dos tecidos conjuntivos e colágeno, induzindo a maior mobilidade das articulações que associado ao aumento do útero e das dimensões pélvicas provocam a separação da sínfise púbica, diástase dos músculos retos abdominais e instabilidade das articulações sacro-íliacas.

Todas essas adaptações posturais associadas ao aumento do peso corporal, a distensão abdominal e diminuição do tônus muscular levam ao deslocamento do centro da gravidade para frente, a acentuada lordose lombossacral com conseqüente curvatura compensatória da região

cervicodorsal e compressão dos nervos pélvicos, provocando o andar gingado, o desconforto músculo-esquelético e a dificuldade para caminhar característicos do terceiro trimestre de gravidez<sup>(16,17)</sup>.

**Padrão do sono perturbado** evidenciado por queixas verbais de não se sentir descansada.

Uma gestante do primeiro e duas do segundo trimestre verbalizaram inquietude, vontade de conversar e pensamentos ruminantes que pareciam estar relacionados à preocupação em tentar dormir e com o medo da insônia.

Todas gestantes no terceiro trimestre queixaram de ortopnéia, dor inguinal, câibras, posição desconfortável, nictúria, pensamentos ruminantes e descanso noturno insatisfatório que comumente estão relacionados às adaptações do organismo materno ao terceiro trimestre de gravidez<sup>(16)</sup>.

**Intolerância a atividade percebida** (gestante) relacionada com desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio evidenciado por verbalização de fadiga, fraqueza, desconforto e dispnéia de esforço.

Todas as gestantes apresentaram intolerância atividade de forma gradual ao longo do terceiro trimestre, sendo que oito delas mostraram sinais e sintomas de intolerância leve, duas de intolerância moderada e uma de intolerância acentuada.

A intolerância a atividade é diagnóstico de enfermagem frequentemente evidenciado em gestantes no último trimestre de gravidez. Nesse contexto, o enfermeiro deve ser capaz de reconhecê-lo como uma resposta do organismo materno à gravidez, na possibilidade de interpretá-lo erroneamente como uma cardiopatia crônica<sup>(16)</sup>.

As adaptações do organismo materno inerentes aos aparelhos

cardiovascular e respiratório têm por finalidade proteger o funcionamento do organismo da mulher e preencher as demandas de oxigênio do feto. Assim, devido ao aumento do volume sanguíneo circulante e do débito cardíaco, observa-se entre a 14ª e 20ª semanas de gestação, uma discreta hipertrofia da área cardíaca, aumento da frequência cardíaca de 10 a 15 batimentos por minuto. A frequência respiratória aumenta aproximadamente duas inspirações por minuto, a respiração é predominantemente torácica com aspecto ofegante e de cansaço<sup>(16,17)</sup>.

**Incontinência urinária por pressão** relacionada com pressão intra-abdominal alta devido ao útero gravídico evidenciada por relato de urgência urinária e frequência urinária a intervalos menores do que uma hora.

Todas gestantes no terceiro trimestre verbalizaram urgência urinária e nictúria que estava relacionada ao peso do útero e sua pressão sobre a bexiga no final da gravidez.

Em decorrência da pressão progressiva do útero sobre a bexiga, o trigono vesical sofre estiramento fazendo surgir o quadro de incontinência urinária de esforço sensivelmente piorado no decorrer do terceiro trimestre de gestação<sup>(16)</sup>.

**Constipação** relacionada com motilidade diminuída do trato gastrointestinal secundária a gravidez e atividade física insuficiente evidenciado por verbalização de mudanças no padrão intestinal, dor na passagem das fezes e frequência diminuída.

Duas gestantes queixaram "ressecamento" que persistiu ao longo do segundo e terceiro trimestre.

O aumento da progesterona e das prostaciclina induz a hipotonia da musculatura lisa do trato digestivo e diminuição do peristaltismo intestinal, que é um fator predisponente a constipação<sup>(16,17)</sup>.

**Conhecimento deficiente** relacionado à falta de acesso a conhecimentos adequados evidenciado por verbalização de dúvidas e falta de conhecimento sobre assuntos diversos.

O conhecimento deficiente foi identificado em todas as gestantes no decorrer de todo período gestacional conforme podemos evidenciar em alguns fragmentos de falas:

[...] *Quero saber mais sobre anticoncepcional, porque o médico disse que meu útero está sujo* [...] (L.A.S.).

[...] *dizem que o toque dói demais! Estou com medo* [...] (L.A.S.).

[...] *minha barriga endurece, muitas vezes por dia, é assim mesmo?* [...].

[...] *sinto câibras nas pernas, bem na batata, sempre à noite. Dói demais! É normal?* [...] (V.C.S.).

[...] *ainda não sei que jeito que amamenta, não!* [...] (L.A.S.).

[...] *não sei que tanto pode engordar, por isso faço regime?* [...] (H.CO.).

[...] *tô muito cansada, muita falta de ar, parece que o coração está acelerado. Você acha isso normal? Eu não sei, dizem que é* [...] (L.A.S.).

[...] *está saindo uma aguinha do meu peito, é assim mesmo, né?* [...] *ele não tem bico. Será que vai atrapalhar eu amamentar ele?* [...] (V.V.T.).

[...] *eu sei sim, da vacina contra tétano. Só que dói absurdo! Credo! Você acha que tem mesmo que tomar a terceira dose?* [...] (L.A.S.).

A identificação dos déficits de conhecimento permite planejar o esclarecimento e aconselhamento das gestantes e, por conseguinte o atendimento do Passo 1 do Projeto maternidade segura: "garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher"<sup>(2)</sup>. Nesse sentido, ara garantia da qualidade do atendimento em obstetrícia, devemos ter uma atitude de acolhimento com a gestante, escutando suas dúvidas, desejos e necessidades, o que é de fundamental

importância para humanização da assistência<sup>(2)</sup>.

**Risco para amamentação ineficaz** relacionado com déficit do conhecimento e anomalia do peito.

Cinco gestantes eram primíparas, sem experiência alguma com amamentação, as quais demonstraram inúmeras dúvidas sobre o manejo adequado da lactação natural e exclusiva ao seio. As outras seis, eram multiparas, com experiência prévia em amamentação e praticamente não apresentavam dúvidas sobre aleitamento natural e mostravam-se dispostas a amamentar seus filhos.

Uma gestante do terceiro trimestre apresentava mamilos invertidos, além de muitas dúvidas a respeito do manejo e preparo para lactação.

**Risco para lesão fetal** relacionado exposição a agentes químicos (nicotina).

Algumas gestantes (uma do primeiro, duas do segundo e duas do terceiro trimestre) relataram que foram fumantes e que já haviam deixado o vício. Uma delas relatou estar muito nervosa com a falta do cigarro. Outra afirmou que estava fazendo tudo pela saúde do bebê. E finalmente uma outra desabafou:

*"[...] não adianta mentir! Fumei mais de dez anos e estou tentando parar [...]"* (V. P. L.).

A diminuição da perfusão placentária decorrente do tabagismo é um dos principais fatores etiológicos do retardo do crescimento fetal, trabalho de parto prematuro, rompimento prematuro das membranas, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta e óbito fetal e a morbimortalidade perinatal e infantil<sup>(16,17)</sup>.

**Dor (punho)** relacionada com agentes físicos e biológicos evidenciado por verbalização e esfrega do local.

Duas gestantes no decorrer do segundo e terceiro trimestre queixaram dor nas articulações das falanges e no punho, além de formigamento local. A retenção hídrica da gravidez leva à compressão das estruturas neuromotoras do antebraço desencadeando a síndrome do punho do carpo<sup>(16)</sup>.

**Eliminação urinária prejudicada** relacionada com infecção do trato urinário evidenciado por disúria.

Três gestantes (uma de cada trimestre gestacional), queixaram de urina escura e disúria, apresentando leucocitose e flora intensa na urinalise tipo I. O aumento da volêmia materna, a diminuição da resistência vascular e do tônus muscular liso, levam a discreta hidronefrose e ao aumento do diâmetro dos ureteres, que associado ao retorno venoso periférico diminuído (membros inferiores) levam à estase urinária<sup>(17)</sup>, o que predispõe a gestante às infecções urinárias<sup>(16,17)</sup>.

Outro fenômeno interessante é que a instalação da glicosúria e aminoacidúria comuns na gestação normal devido ao aumento da taxa de filtração glomerular, aumentam a adesividade de microorganismo às glicoproteínas do trato urinário, bem como a virulência desses, que juntamente com a hidronefrose gestacional predispõe às infecções urinárias altas por a *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Enterococcus faecalis* e *Estreptococo* tipo B e outros, sendo que a leucocitúria pode estar associada a infecção por *chlamydia*<sup>(17)</sup>.

**Campo de energia perturbado** relacionado à gestação evidenciado por palavras.

Uma gestante do primeiro trimestre queixou de enjôo persistente, dor de cabeça, fraqueza e esmorecimento. Três gestantes do terceiro trimestre queixaram dificuldade para dormir, intolerância a atividade, cansaço, medo do parto, fraqueza e esmorecimento.

Acreditamos que as mudanças hormonais do início da gravidez causam desconforto, sensação de mal estar e fraqueza denotando falta de energia. Por outro lado, o esmorecimento referido pelas gestantes do terceiro trimestre parece estar relacionado aos desconfortos tais

como: má qualidade de sono, dor, intolerância atividade que acarretam descontentamento que somado a longa espera e ansiedade pela hora do parto acabam por determinar o distúrbio no fluxo de energia da pessoa.

**Risco para lesão (fetal e materna)** relacionado com hipóxia tecidual da placenta secundária a hipertensão arterial moderada

Três gestantes apresentaram níveis tensionais de aproximadamente 150 x 100mmHg no identificado no segundo trimestre, que perdurou sob controle terapêutico da pressão arterial, ganho ponderal, avaliação de edema, volume de diurese e cefaléia pulsátil até ocasião do parto.

**Risco para nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais** relacionado à ingestão de alimentos sólidos no final do dia e peso acima da linha de base no início da gestação e disfunção dos padrões alimentares.

De acordo com os dados obtidos no cartão de três gestantes do terceiro trimestre, haviam iniciado a gravidez com peso acima de 70 quilos, que é considerado indesejável, pois o peso acima do percentil 90 da tabela de peso versus altura adotada pelo Ministério da Saúde para controle do ganho ponderal na gravidez constitui risco de obesidade durante a gestação<sup>(20)</sup>. Além disso, duas delas declararam apetite insaciável e hábito de comer durante a noite.

**Crescimento desproporcional da gestante** relacionado com comportamentos alimentares mal adaptados, apetite insaciável e nutrição materna evidenciado por peso acima do percentil 90 da curva de ganho ponderal da gestante.

Quatro gestantes do terceiro trimestre, sendo que duas delas apresentaram apenas desvio leve em relação ao percentil 90 da curva de ganho ponderal da gestante adotada pelo Ministério da Saúde<sup>(20)</sup>, enquanto as outras duas apresentaram desvio acentuado dos referidos parâmetros.

A diminuição dos níveis de glicose e ao aumento das gorduras do organismo materno, com conseqüente aumento do balanço energético são responsáveis pelo aumento da sede e apetite que persistem durante toda a gestação<sup>(16)</sup>. O ganho de peso além do normal (6-16kg) é bastante comum na gravidez e deve ser acompanhado com cautela, pois pode acarretar sérios danos à gestante. Pode ser indício de diferentes transtornos: edema, gestação múltipla, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), obesidade pré-existente, o que implica na maior probabilidade de fetos macrosômicos, desproporção cefalopélvica, trauma no parto, hipertensão, diabetes e incidência dobrada de malformações congênitas<sup>(16,17,20)</sup>.

**Náusea** relacionada com irritação do trato gastrintestinal evidenciada por verbalização de enjôo.

Três gestantes do primeiro e duas do segundo trimestre queixaram náuseas de diferente intensidade e frequência.

O aumento da progesterona leva a diminuição da motilidade do trato digestivo. Dessa forma, a diminuição do tônus gástrico, provoca o relaxamento e aumenta o tempo de esvaziamento do estômago que associado ao relaxamento do cárdia justifica a tendência às náuseas e refluxo gastroesofágico<sup>(16)</sup>.

**Nutrição desequilibrada: para menos que as necessidades corporais** relacionada a incapacidade para ingerir ou digerir ou absorver nutrientes devido a fatores biológicos, psicológicos ou econômicos evidenciado por verbalização de consumo de alimentos menos do que o recomendado no dia.

Três gestantes apresentaram o peso de 39, 40 e 42 quilos, considerados abaixo do percentil 25 da tabela de ganho ponderal da gestante<sup>(19)</sup>, sendo que se queixaram de enjôo, sialorréia e aversão ao cheiro da comida. A ingestão de alimentos pode estar prejudicada pelos enjôos, sialorréia, pirose, plenitude gástrica e hiperemese, que na maioria

das vezes desencadeia a perda de peso. O baixo peso constitui um fator de risco para gestante, pode induzir ao parto prematuro, risco para crescimento intrauterino retardado e recém-nascido pequeno para idade gestacional – PIG<sup>(16,17)</sup>.

Uma gestante do terceiro trimestre apresentou o **Risco de nutrição alterada para menos que as necessidades corporais** relacionado com fatores psicológicos. Relatou que tinha muito medo de engordar e ter complicações com a gravidez. Explicou que não sabia o peso ideal e nem o que podia comer.

**Membrana mucosa oral prejudicada** relacionada com alterações dos níveis hormonais evidenciada por hiperemia e hiperplasia gengival e presença de epúlides.

Uma gestante apresentou hiperemia da gengiva e epúlides no decorrer do segundo e terceiro trimestre. O aumento do estrogênio aumenta a vascularização das estruturas moles da cavidade oral induzindo a hiperemia, hiperplasia, sangramento da gengiva e epúlides<sup>(16,17)</sup>.

**Integridade da pele prejudicada** relacionada com estado metabólico alterado (gravidez).

Duas gestantes do segundo trimestre apresentavam eritema pruriginoso não inflamatório e hemangioma dos membros superiores. Uma gestante do terceiro trimestre apresentava eritema e vesículas na região inguinal bilateral.

O aumento dos níveis de estrogênio e progesterona e distensão mecânica do sistema tegumentar predispõe ao aparecimento de angiomas na face, membros superiores e tórax, aumenta a resposta alérgica e conseqüentemente o aparecimento de eritemas e prurido. Além disso, o aumento dos esteróides placentários no final da gravidez induz o aumento de bile no fígado ocasionando prurido gravídico com ou sem icterícia<sup>(16)</sup>.

**Comportamento de busca de saúde percebido (na gravidez)** evidenciado por desejo expresso e observado de maior controle sobre as práticas de saúde e de buscar um nível mais elevado de saúde.

Observamos que as clientes apresentaram esse tipo de comportamento. Muitas delas verbalizaram a mudança de hábitos tais como: não tingir mais os cabelos, deixar de bronzear, parar de fumar, adoção de um maior tempo de repouso diário, mudança de atividade por temerem que o excesso de esforço físico prejudicasse o bebê. A maioria delas demonstrou preocupação com o controle do peso.

Quatro gestantes descreveram o autocuidado com a pele (aplicação óleo de amêndoas, uso de filtro solar, na tentativa de prevenir o melasma facial e as manchas hipercrômicas nos antebraços e braços). Todas as gestantes estavam usando roupas largas e leves e roupa íntima limpa e adequada, inclusive o sutiã.

## 5. CONCLUSÕES

O elenco de diagnósticos de enfermagem identificados durante esta pesquisa denota tanto respostas do organismo frente às especificidades da gestação, como déficits de autocuidado. Ambos apontam para a necessidade da atuação de uma equipe interdisciplinar e de atendimento mediante atividades individuais e grupais, necessitando de ações integradas de profissionais qualificados nesta área.

Esta pesquisa nos fez refletir sobre os padrões mínimos preconizados nas políticas de atendimento à mulher no pré-natal. Acreditamos que os mesmos não oferecem as condições necessárias ao profissional para o preparo e acompanhamento da mulher no ciclo gravídico, no desenvolvimento de um atendimento de enfermagem que supra as suas reais necessidades, nas dimensões biopsicossociais.

No atual modelo de saúde, as consultas de enfermeiros (assim como de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais) e a modalidade de atendimento grupal não são remuneradas pelo SUS. Ainda que o discurso atual dos gestores de saúde seja na direção do atendimento

de caráter multiprofissional e interdisciplinar, o SISPrénatal enfatiza a realização da consulta médica.

Chamamos atenção para a valorização da prática da consulta de enfermagem e todas as prerrogativas nela implícitas, como diagnosticar e prescrever ações de competência da profissão, para alcançar os resultados pelos quais a enfermagem é responsável. Investigar as respostas do organismo materno a gestação e os problemas reais ou potenciais, na maioria das vezes solicita a aproximação do enfermeiro

com a pessoa da gestante em dimensões mais subjetivas aumentando a interação, desenvolvendo a confiança, aumentando a credibilidade da enfermagem e gerando bases para a assistência mais humanizada e de melhor qualidade.

Diante de tais observações consideramos que as diretrizes dos programas de saúde nessa área precisam ser repensadas e reestruturadas para que possam ser realmente condizentes com as reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Medidas para redução da mortalidade materna. [citado em: 10 mar 2004]. Disponível em: URL: <http://portal.saude.gov.br/saude>
2. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. [citado em: 10 jul 2004]. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br>
3. Ministério da Saúde. Portaria n. 569 de 1º de Junho de 2000. Estabelece princípios e diretrizes para estruturação do Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento. [citado em: 10 dez 2004]. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br>
4. Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra (SWT): OMS; 1996.
5. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): MS; 2003.
6. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação-2001/2002. Tradução de Jane Liliame M. Michel. Porto Alegre (RS): Artmed; 2002.
7. Farias MCAD, Nóbrega ML. Diagnóstico de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem. Rev Latino-am Enfermagem 2000; 8(6): 56-67.
8. Gouveia HG, Lopes MHBM. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. Rev Latino-am Enfermagem 2004 mar-abr; 12 (2): 175-82.
9. Lacava RMB, Barros SMO. Diagnósticos de enfermagem na assistência a gestantes. Acta Paul Enferm 2004 jan-mar; 17(1):9-17.
10. Torres GV, Davim RMB, Nóbrega MML. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. Rev Latino-am Enfermagem 1999 abr; 7(2): 47-53.
11. Pereira SVM. Análise da implementação de uma abordagem de cuidar junto à mulher no ciclo gravídico-puerperal: uma aproximação do modelo de Orem, sistemas de classificação da prática de enfermagem e as diretrizes de humanização do parto [dissertação]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2004.
12. Conselho federal de enfermagem. Resolução n. 272 de 12 de julho de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. [citado em: 11 out 2003]. Disponível em: URL: <http://www.corengo.org.br>
13. Orem ED. Nursing concepts of practice. 6<sup>th</sup>. St. Louis (USA): Mosby; 2001.
14. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 1996. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. [citado em: 15 jan 2004]. Disponível em: URL: <http://conselho.saude.gov.br>
15. Jarvis C. Exame físico e avaliação da saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2002.
16. Lowmilk DL, Perry SE, Bobak IM. O cuidado em enfermagem materna. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2002.
17. Neme B. Obstetrícia básica. 2ª ed. São Paulo (SP): Sarvier; 2000.
18. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 2ªed. Rio de Janeiro (RJ): Artmed; 2004.
19. Ferreira CHJ, Nakano MS. Reflexões sobre as bases conceituais que fundamentam a construção do conhecimento acerca da lombalgia na gestação. Rev Latino-am Enfermagem 2001 mai; 9 (3): 95-100.
20. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília (DF): MS; 2000.

*Data do recebimento:* 23/03/2005

*Data da aprovação:* 23/08/2005