



ORIGINAL ARTICLE

NURSING DIAGNOSIS IN PREGNANT WOMEN ASSISTED AT FAMILY'S HEALTH UNIT

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM GESTANTES ATENDIDAS EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN MUJERES EMBARAZOS ATENDIDAS EN UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA

Maria Clerya Alvino Leite¹, Maria Mirtes da Nóbrega², Maria Miriam Lima da Nóbrega³

ABSTRACT

Objective: to elaborate the profile of nursing diagnoses in pregnant women assisted in a Family's Health Unit based on NANDA-I's Taxonomy II. **Method:** this is about a retrospective study, analytic descriptive, regards to analysis from 20 pregnant women handbooks registered in the prenatal program from a family's health unit. Data were collected in July 2008, with a form composed of three parts: partner-demographic data, obstetric data and referring data to defining characteristics and related factors (of risk) of the nursing diagnoses. Diagnoses were analyzed based on the descriptive statistics and discussed according to obstetrics references. **Results:** 13 nursing diagnoses were elaborated: risk for infection of the genital tract, ineffective maintenance of the health, risk for infection of the urinary tract, prejudiced urinary elimination, nausea, sharp pain (head, pelvis and lumbar), fatigues, insomnia, sexual dysfunction, risk of paternity or prejudiced maternity, volume of excessive liquid, constipation, anxiety. **Conclusion:** the objective of the study was researched and we hope from the nursing diagnoses elaborated, some nursing interventions specific be addressed to the problems identified in the pregnant women during the prenatal consultations. **Descriptors:** nursing diagnosis; nursing assistance; assistance pré-natal; pregnancy.

RESUMO

Objetivo: elaborar o perfil de diagnósticos de enfermagem em gestantes atendidas em Unidade de Saúde da Família com base na Taxonomia II da NANDA-I. **Método:** trata-se de um estudo retrospectivo, analítico descritivo, com dados colhidos em prontuários das 20 gestantes cadastradas no programa de pré-natal de uma unidade de saúde da família. Os dados foram coletados no mês de julho de 2008 em formulário composto de três partes: dados sócio-demográficos, dados obstétricos e dados referentes a características definidoras e fatores relacionados (de risco) dos diagnósticos de enfermagem. Os diagnósticos foram analisados levando-se em consideração a estatística descritiva e discutidos à luz de referenciais da obstetrícia. **Resultados:** foram elaborados 13 diagnósticos de enfermagem: risco para infecção do trato genital, manutenção ineficaz da saúde, risco para infecção do trato urinário, eliminação urinária prejudicada, náusea, dor aguda (cabeça, pelve e lombar), fadiga, insônia, disfunção sexual, risco de paternidade ou maternidade prejudicada, volume de líquido excessivo, constipação, ansiedade. **Conclusão:** o objetivo do estudo foi atendido e espera-se que a partir dos diagnósticos de enfermagem elaborados, possam ser direcionadas intervenções de enfermagem específicas aos problemas detectados nas gestantes durante as consultas de pré-natal. **Descritores:** diagnóstico de enfermagem; assistência de enfermagem; assistência pré-natal; gestação.

RESUMEN

Objetivo: elaborar el perfil de los diagnósticos de enfermería en las mujeres embarazadas ayudado en Unidad de Salud de la Familia con base en el Taxonomia II del NANDA-I. **Método:** trata-se del estudio retrospectivo, analítico descriptivo, con datos colectados en prontuarios de 20 mujeres embarazadas registró en el programa de prenatal de unidad de salud de la familia. Los datos eran reunidos no mes de julio de 2008 en formulario compuesta de tres partes: los datos compañero-demográficos, datos obstétricos y datos refiriéndose a los definidoras de las características y los factores relacionados (de riesgo) de los diagnósticos de enfermería. La colección de datos de los archivos era cumplida por el mes de julio de 2008. Los diagnósticos se analizaron ser alojado la consideración las estadísticas descriptivas y discutieron a la luz de referenciales de la obstetricia. **Resultados:** se elaboraron 13 diagnósticos de la enfermería: riesgo para la infección del tracto genital, mantenimiento ineficaz de la salud, el riesgo para la infección del tracto urinario, la eliminación urinario prejuiciada, la náusea, el dolor afilado (la cabeza, pelvis y lumbar), fatiga, insomnio, el trastorno sexual, el riesgo de paternidad o la maternidad prejuiciada, el volumen de líquido excesivo, el estreñimiento, la ansiedad. **Conclusión:** el objetivo del estudio forra alcanzado y ha esperado que de los diagnósticos de enfermería elaborada, puedan diseccionar intervenciones de enfermería específica a los problemas identificados en las mujeres embarazadas durante las consultas de prenatal. **Descriptores:** diagnósticos de enfermería. asistencia de enfermería. asistencia prenatal. gestación.

¹Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelas Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: clerya@bol.com.br;

²Enfermeira. Mestre em Educação. Professora e Coordenadora do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil. Orientadora da monografia. E-mail: mirtleao@hotmail.com; ³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pesquisador CNPq. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br

INTRODUÇÃO

A redução das taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal dependem de modo significativo, da avaliação da assistência pré-natal, uma vez que a qualidade dessa assistência tem relação com os níveis de saúde das mães e dos conceitos.¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres morreram no mundo, devido às complicações relacionadas com o ciclo gravídico-puerperal e 5% viviam em países desenvolvidos.²

Considerando as causas relacionadas com a função reprodutiva, observa-se que a maioria dos óbitos ocorre em razão das doenças hipertensivas na gravidez, das síndromes hemorrágicas, das infecções puerperais e das complicações no trabalho de parto e abortos, situações facilmente evitáveis por meio de adequada assistência ao ciclo gravídico-puerperal.³

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é a causa mais frequente de morte materna no Brasil e a terceira no mundo, cursando ainda com elevada taxa de morbi-mortalidade perinatal, oscilando entre 5 e 20%.⁴ Este cenário já deveria ter mudado, pois existem intervenções que reduzem o número de mortes maternas decorrentes dessas complicações obstétricas.

Diante desse contexto, é de extrema importância à atuação do enfermeiro dentre os profissionais que prestam cuidado de saúde às gestantes e famílias, contribuindo de maneira significativa para a diminuição dos índices de mortalidade materna e perinatal.⁵ No entanto, para que se possa planejar o cuidado, determinar as intervenções com o intuito de atender as necessidades das gestantes e avaliar a assistência de enfermagem que está sendo prestada, torna-se necessária sistematizar a assistência de enfermagem, por meio de um método claro, dinâmico e científico para a prática profissional, que se denomina de processo de enfermagem.⁶

O processo de enfermagem é um instrumento metodológico que se utiliza, tanto para favorecer o cuidado, quanto para organizar as condições necessárias para que o mesmo seja realizado.⁷ Sua aplicação de modo sistemático, planejado e organizado, possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e prever como os clientes respondem aos problemas de saúde ou aos processos vitais, bem como possibilita determinar que aspectos dessas respostas necessitem do cuidado da Enfermagem, para

alcançar resultados pelos quais os enfermeiros são responsáveis.⁸

Embora comporte variações entre os diversos autores, o processo de enfermagem é constituído por cinco fases: levantamento de dados (*assessment*), diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação do cuidado e avaliação da assistência. O levantamento de dados ou coleta de dados é a primeira fase do processo de enfermagem em que são registrados os dados do cliente, família ou comunidade. Após esta fase, os dados coletados são analisados, interpretados, agrupados e nomeados os diagnósticos de enfermagem identificados. O planejamento do cuidado visa a traçar um programa de ações objetivas ao paciente de acordo com as respostas humanas identificadas. A implementação do cuidado é a execução do plano de cuidado para suprir as necessidades do paciente. E por fim, a avaliação da assistência que consiste na análise das ações implementadas com suas devidas correções ou adaptações.⁹

O desenvolvimento do Sistema de Classificação da North American Nursing Diagnosis Association – NANDA Internacional¹⁰ tem contribuído para promover a autonomia do enfermeiro no julgamento do cuidado a nossa clientela, para propiciar o uso dos conhecimentos específicos da Enfermagem e para a realização de estudos sobre a qualidade do cuidado de enfermagem. Proporciona ainda à profissão uma nomenclatura, linguagem e classificação que possibilitam descrever e organizar os dados mínimos de enfermagem.¹¹ Razão pela qual se justifica a escolha desse referencial teórico para o presente estudo.

Tendo em vista, a relevância do assunto para os profissionais de enfermagem e a importância da sistematização da assistência de enfermagem no pré-natal, este estudo tem como objetivo elaborar o perfil de diagnósticos de enfermagem em gestantes atendidas em uma Unidade de Saúde da Família, com base na Taxonomia II da NANDA-I.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, analítico descritivo, realizado em uma Unidade de Saúde da Família, no município de Patos, Paraíba, Brasil, tendo por base a análise de prontuários das gestantes cadastradas no programa de pré-natal da referida unidade. Justifica-se a escolha desta USF em virtude de possuir um alto número de atendimentos mensais e abranger uma grande área geográfica na cidade, além de ser

utilizada como campo para estágio para estudantes de enfermagem, servindo assim de termômetro para avaliação do trabalho das futuras profissionais.

A população estudada foi composta pelos prontuários das gestantes da unidade onde o estudo foi desenvolvido, referente aos atendimentos dos meses de maio e junho de 2008. O total de prontuários revisados foi de 20, sendo que a amostra foi constituída por 16 prontuários de gestantes de baixo risco obstétrico. Os critérios de inclusão foram: terem sido assistidas por enfermeiro, com um número mínimo de duas consultas pré-natais e terem a ficha perinatal preenchida completamente, inclusive com os resultados de exames laboratoriais.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro composto de três partes: dados sócio-demográficos (idade, estado civil, escolaridade e profissão), dados obstétricos e dados referentes a características definidoras e fatores relacionados ou de risco dos diagnósticos de enfermagem. Os dados obstétricos coletados foram: altura uterina (AU), idade gestacional (IG) pela data da última menstruação (DUM), e os dados da hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht), que tiveram como principal propósito identificar a presença de anemia na população estudada. A coleta de dados nos prontuários aqui descritos foi feita durante o mês de julho de 2008.

O trabalho contou também com a participação da enfermeira, da técnica de enfermagem, da recepcionista e dos ACS da unidade em estudo, os quais levantaram os prontuários solicitados para serem analisados.

Foram feitas as leituras e sistematização dos dados para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem pelas próprias autoras, considerando os registros realizados por toda equipe que trabalha no atendimento dessa clientela, principalmente nas evoluções de enfermagem.

Os dados foram armazenados em banco de dados desenvolvido no Microsoft Excel, que também foi utilizado para a análise dos dados. Os diagnósticos de enfermagem foram discutidos com base nos referenciais da Obstetrícia.

No desenvolvimento do estudo, foram abordados todos os aspectos recomendados na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde¹², sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) para análise e apreciação. O projeto foi executado após a autorização do referido comitê com

número de protocolo 94/2008. Os contatos com a instituição, onde o projeto foi realizado, foram efetivados mediante ofício encaminhado à administração local, solicitando autorização para sua realização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 16 gestantes participantes do estudo, 50% tinham de 15 a 25 anos, com idade média de 27,6 anos. Outro estudo¹³ realizado em Fortaleza-CE revela que 59,1% das gestantes avaliadas apresentavam essa mesma faixa etária. Na Paraíba, das 20.678 gestantes cadastradas no SIAB no ano de 2004, 5.059 possuíam faixa etária inferior a 20 anos (24,47).¹⁴ A ocorrência de gravidez na adolescência, é objeto de preocupação em Saúde Pública, pois uma gravidez nesta fase da vida é considerada de alto risco devido ao impacto que pode trazer à saúde materno-fetal e ao bem-estar socioeconômico de um país.

Quanto ao estado civil 75% das gestantes eram casadas ou em união estável. Esse dado pode ser considerado em dois aspectos sociais importantes. Primeiro a presença de um companheiro na gestação e conseqüente criação dos filhos. Segundo a alta taxa de “mães solteiras”, o que pode ser considerado um aspecto negativo, tanto psicológico, quanto financeira e ainda social.

Nessas gestantes solteiras e, particularmente, sem parceiros fixos, razões emocionais, sexuais e socioeconômicas podem interferir negativamente na evolução da gestação. Estudos mostram maiores índices de morbidade e mortalidade materna e fetal entre as solteiras.¹⁵

O grau de escolaridade de maior incidência recaiu sobre o ensino médio incompleto, com 37,5%, seguido do ensino médio completo 25%. A faixa de escolaridade das gestantes é considerada regular/boa. No Brasil a média de estudos, nas faixas etárias consideradas é de oito anos em média.¹⁶ Porém, outro estudo realizado no Ceará mostrou que 34,8% das gestantes possuíam baixa escolaridade.¹¹

No que se refere à ocupação das gestantes, 50% dos casos eram compostas por mulheres do lar, seguida da condição de estudante (31,25%). De acordo com estudo realizado no Ceará¹³, 56,1% das gestantes era composta por mulheres do lar, percentual próximo do encontrado nesta investigação (50%). A maioria, 68,75% iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, o que está em consenso com dados estatísticos no estado da Paraíba, que em 2004, atingiu a marca de 71,15% das

gestantes cadastradas no SIAB com início do pré-natal no primeiro trimestre.¹⁴

Com relação ao esquema vacinal, 68,75% das gestantes estavam com vacina em dia, porém, 56,25% tiveram que refazer o esquema vacinal, principalmente por não poder comprovar a vacinação por meio da perda do cartão de vacinas. O Ministério da Saúde preconiza a vacinação de gestantes com a vacina dupla tipo adulto (dT), ou na falta desta, a vacina com o toxóide tetânico (TT), para a proteção da gestante e a prevenção do tétano neonatal.¹⁷

Em relação ao exame, a altura uterina, a média foi de 29 cm. A média da idade gestacional foi de 29,01 semanas. No que diz respeito aos resultados dos exames laboratoriais foram analisados a hemoglobina e o hematócrito para identificar a presença de anemia. A média de hemoglobina foi de 11,11 g/dl e a de hematócrito de 33,41%.

Os valores encontrados para a hemoglobina e o hematócrito são considerados normais para uma gestante; isto porque, o volume sanguíneo aumenta gradualmente durante toda a gestação em 1.500 ml, sendo 1.000 ml

de plasma e 450 ml de glóbulos vermelhos. Como o aumento do plasma excede a produção de hemácias, há uma redução dos valores normais de hemoglobina e hematócrito. Esse aumento do volume de sangue maior do que o aumento das células vermelhas do sangue pode explicar a anemia fisiológica da gestação.¹⁸⁻¹⁹ Devido à hemodiluição, o nível mínimo de hemoglobina aceito é de 11 g/dl.¹⁷ Sendo assim, podemos afirmar que as gestantes participantes deste estudo estavam anêmicas.

• Perfil de Diagnósticos de Enfermagem

Após a análise dos prontuários, foram elaborados 13 diferentes diagnósticos de enfermagem, que estão dispostos segundo sua frequência na Tabela 1.

Tabela 1. Diagnósticos de enfermagem elaborados de acordo com a anotação de prontuários de gestantes em uma unidade de saúde da família. Patos-PB, 2008.

Diagnósticos de enfermagem	n	%
Risco de infecção do trato genital	16	100,00%
Manutenção ineficaz da saúde	16	100,00%
Risco de infecção do trato urinário	08	50,00%
Eliminação urinária prejudicada	08	50,00%
Náusea	07	43,75%
Dor aguda (cabeça, pelve e lombar)	07	43,75%
Fadiga	05	31,25%
Insônia*	05	31,25%
Disfunção sexual	02	12,5%
Risco de paternidade ou maternidade prejudicada	02	12,5%
Volume de líquido excessivo	02	12,5%
Constipação	01	6,25%
Ansiedade	01	6,25%

*Antes denominado “Padrão de Sono Perturbado”

Os diagnósticos de enfermagem de maior prevalência foram: Risco para infecção do trato genital e Manutenção ineficaz da saúde, todos com a mesma frequência (100%). Os outros diagnósticos tiveram frequência igual ou inferior a 50%.

O diagnóstico de enfermagem *Risco para infecção* tem por definição estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos.¹⁰ No estudo foi identificado como sendo do trato genital e tendo como fator relacionado à maior vulnerabilidade materna secundária as alterações fisiológicas ocorridas durante a gestação. Este diagnóstico foi identificado em todas as gestantes, pois por meio da prática assistencial pode-se constatar que as infecções cérvico-vaginais constituem problemas freqüentes durante o período gestacional, sendo a assistência pré-natal uma

ótima oportunidade para a investigação, tratamento e educação das gestantes em relação a essas infecções.⁶

Na gestação há uma maior produção de secreção cervical e vaginal que levam à leucorréia, cuja secreção tem aspecto esbranquiçado com leve odor de mofo, sendo as leveduras as principais causadoras. Esse corrimento é esbranquiçado em decorrência da presença de grande quantidade das células epiteliais esfoliadas causadas pela hiperplasia da gestação normal.²⁰

O diagnóstico de enfermagem *Manutenção ineficaz da saúde* é a incapacidade de identificar, controlar e/ou buscar ajuda para manter a saúde.¹⁰ No estudo foi identificado relacionada ao conhecimento insuficiente sobre as medidas de autocuidado: nutrição

adequada e exames preventivos de câncer de mama e de colo uterino.

O ganho ponderal da gestante sofre influências de diversos fatores, como o estresse, condições de saúde e hábitos alimentares. Ganho de peso insuficiente está associado à maior risco de CIUR (crescimento intra-uterino retardado), ao passo que o ganho de peso excessivo pode denunciar doenças maternas, como o diabetes mellitus, predispondo a complicações de parturição e crescimento do risco perinatal. Ganho de peso adequado relaciona-se a neonato de tamanho também adequado. Portanto, a dieta recomendada para a gestante deve ser hiperprotéica, hipolípida e hipoglicídica.²¹

São três as ações de saúde consideradas fundamentais para o diagnóstico precoce do câncer de mama: a) auto-exame das mamas (AEM), realizado adequadamente; b) exame clínico das mamas (ECM), feito por um profissional especializado e; c) mamografia.²²

Todas as gestantes devem ser submetidas ao exame colpocitológico na primeira consulta pré-natal, mesmo se estiverem ausentes queixas genitais. A coleta do material a ser examinado tem que ser triplíce (vaginal, ectocérvice e endocérvice), visando a identificar as lesões precursoras ou diagnosticar o câncer do colo uterino.²³

É de fundamental importância que os profissionais da saúde desenvolvam ações educativas para conscientizarem as mulheres sobre os benefícios de exames preventivos do câncer de mama e de colo uterino, sendo a consulta pré-natal uma excelente oportunidade para o desenvolvimento de tais ações, principalmente pelo fato da população, em geral, não possuir o hábito de realizar consultas periódicas para a preservação da saúde.⁶

O diagnóstico de enfermagem *Risco para infecção do trato urinário* relacionado à maior vulnerabilidade materna secundária às alterações funcionais e anatômicas dos rins e vias urinárias durante a gestação foi evidenciado por relato verbal de disúria e urgência urinária.

Define-se Eliminação urinária prejudicada como o distúrbio na eliminação de urina.¹⁰ A infecção do trato urinário é a mais freqüente infecção bacteriana do ciclo gravídico puerperal. Algumas alterações fisiológicas que acontecem no sistema urinário da gestante facilitam as infecções: dilatação da pelve renal e ureteres, compressão ureteral pelo útero gravídico, mais significativa à direita, devido à dextrorrotação fisiológica uterina, refluxo vésico-uretral, ação hormonal dos

estrógenos e da progesterona, alterações do pH e da osmolaridade, glicosúria e aminoacidúria, própria da gravidez.²⁴

A prevalência de bacteriúria assintomática na gestação é alta, e quando não tratada pode evoluir para uma pielonefrite em 40% dos casos, onde o risco de trabalho de parto pré-termo é de até 20%.¹⁸ Este diagnóstico, também, foi identificado em estudo realizado em Marília-SP, com 40 gestantes cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família.²⁵

O diagnóstico de enfermagem *Náusea* é entendido como uma sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda na parte de trás da garganta, no epigástrio ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de vomitar.¹⁰ No estudo foi identificado como sendo relacionado a distúrbios bioquímicos (gravidez) evidenciada por verbalização de enjôo.

As náuseas são, talvez, o sintoma que melhor caracteriza-se a gestação que se inicia, denominada náusea matinal da gravidez, pois, geralmente começa no período da manhã, mas passa em poucas horas; ocasionalmente, persiste por mais tempo e pode ocorrer em outros momentos.²⁶ É provável que seja o resultado da adaptação materna ao hormônio gonadotrófico coriônico (HCG). Surgem por volta de seis semanas de gestação e, sobretudo no início do dia, seguindo-se ou não de vômitos. Desaparece espontaneamente, vencidas as 12 semanas de gestação.²⁷

Outra explicação para esse fenômeno é que, o aumento da progesterona leva a diminuição da motilidade do trato digestivo. Sendo assim, 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 as náuseas e refluxo gastresofágico.²⁰ Em estudo semelhante, esse diagnóstico está presente, porém com freqüência maior.²⁵

O diagnóstico de enfermagem *Dor aguda* é definido como uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.¹⁰ No estudo foi identificado relacionado a agentes biológicos e psicológicos evidenciada por relato verbal de dor e distúrbios do sono.

A dor aguda contínua frequentemente identificada pela gestante está relacionada ao aumento do estrogênio e a presença da relaxina ovariana que ocasionam o

relaxamento dos tecidos conjuntivos e colágeno, induzindo a maior mobilidade das articulações que somado ao aumento do útero e das dimensões pélvicas provocam a separação da sínfise púbica, diástase dos músculos retos abdominais e instabilidade das articulações sacro-ilíacas.²⁸ A cefaléia é explicada pela ação da progesterona que atua na parede vascular diminuindo seu tônus (vasodilatação) e aumentando a sua permeabilidade (edema). A cefaléia é mais intensa quando a gestante refere episódios preexistentes de enxaqueca. Agrava-se com a hipoglicemia, com o calor e com a fadiga e se intensifica, pela ansiedade, com a aproximação do parto.²⁹

Em estudo já realizado, o diagnóstico Dor aguda estava presente em 100% das gestantes no terceiro trimestre.²⁸ Porém, em outro estudo foi o diagnóstico Dor crônica que esteve presente nas gestantes.²⁵

O diagnóstico de enfermagem *Fadiga* é definido como uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual.¹⁰ No estudo foi identificado tendo como fator relacionado à gravidez evidenciada por cansaço e verbalização de uma constante falta de energia.

A gestante está predisposta à fadiga no último trimestre da gestação em decorrência das alterações fisiológicas e do ganho de peso que fazem com que as gestantes mudem a forma de deambular e sua postura.^{19,30} A expansão do volume uterino da gestante inclina a pelve para frente e, somado à redução do tônus da musculatura abdominal, exige que a coluna se realinhe. Há aumento na curvatura lombossacral normal e uma curvatura compensatória na região cervicodorsal para auxiliar na manutenção do equilíbrio.¹⁹

Ao analisar o diagnóstico de enfermagem *Fadiga* em gestantes, foi identificada uma associação significativa entre as variáveis fadiga e anemia e entre as variáveis fadiga e privação de sono.¹³ Esta associação é justificada pela ação depressora da progesterona sobre o sistema nervoso central no início da gravidez (66,7% das gestantes apresentaram sonolência no período diurno) e aquela é justificada pelo aumento do volume sanguíneo causando uma diminuição da concentração de eritrócitos.^{19,20}

O diagnóstico de enfermagem *Insônia* é definido como um distúrbio na quantidade e na qualidade do sono que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa.¹⁰ No estudo foi identificado relacionado à

ansiedade e ao desconforto do final da gestação evidenciada por queixas verbais de dificuldades para adormecer.

O presente estudo evidenciou que cinco gestantes apresentaram o diagnóstico de enfermagem insônia. Atribui-se a esse fenômeno as adaptações do organismo materno ao terceiro trimestre de gravidez, tais como: ortopnéia, dor inguinal, câibras, posição desconfortável, nictúria, pensamentos ruminantes e descanso noturno insatisfatório.²⁰ Ressalta-se que a insônia é uma queixa freqüente da gestação próxima ao termo, provavelmente devido à ansiedade gerado pelo parto que se aproxima e pelo desconhecimento, nas primíparas, do fenômeno da parturição.²⁹

O diagnóstico Padrão de sono perturbado apareceu em trabalho desenvolvido com gestantes²⁸, porém a freqüência desse diagnóstico foi de 18,18 % e 100% no segundo e terceiro trimestre, respectivamente, diferente do presente estudo, no qual a freqüência foi de 31,25%.

O diagnóstico de enfermagem *Disfunção sexual* é entendido como o estado em que um indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não-compensadora e inadequada.¹⁰ No estudo foi identificado relacionada à estrutura corporal alterada secundária a gravidez evidenciada por verbalização do problema.

A gestação por si só, não impede a atividade sexual, contra-indicada somente na presença de determinadas situações, como a ameaça de abortamento, sangramentos vaginais, placenta prévia, entre outras. As modificações visuais e funcionais observadas nas mamas e na genitália somadas às náuseas, vômitos e sonolências próprias do primeiro trimestre podem influenciar na disposição da gestante para o ato sexual. Mamas túrgidas fazem a gestante experimentar algum desconforto, que às vezes leva à abstinência. Há uma maior estabilidade física durante todo o segundo trimestre.²¹

No terceiro trimestre, o aumento do volume uterino dificulta a atividade sexual e o torna mais extenuante. A fadiga soma-se as dores lombares, ao edema dos membros inferiores, frequentemente presente, e o desconforto trazido pela embebição das articulações pélvicas podem motivar queda progressiva da libido, embora a resposta sexual se mantenha intacta.²¹

O diagnóstico *Risco de paternidade ou maternidade prejudicada* é definido como o

risco de incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou reaver um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança.¹⁰ No estudo teve como fator de risco o fato de a mãe ser solteira e da gravidez não ter sido planejada.

Razões emocionais, socioeconômicas e sexuais podem interferir na adequada evolução da gravidez, especialmente entre as gestantes que não tem um companheiro fixo, pois se associa com aumento na frequência a infecções genitais, abortamentos e a maior morbidade puerperal.²³

O diagnóstico de enfermagem Risco de paternidade ou maternidade prejudicada esteve presente em 12,5% das gestantes, mesmo percentual encontrado em outro estudo²⁵, que identificou nas anotações dos prontuários quatro fatores de risco, a saber: gravidez não planejada, gravidez não desejada, dificuldade financeira e falta de modelo materno para seguir.

O diagnóstico de enfermagem *Volume excessivo de líquidos* tem por definição a retenção aumentada de líquidos isotônicos.¹⁰ Neste estudo foi identificado tendo como fator relacionado os mecanismos reguladores comprometidos evidenciados pela presença de edema nos membros inferiores.

As modificações ocorrentes no metabolismo da água e dos eletrólitos são importantes para entender a presença de edema que se observa em muitas mulheres no final da gravidez. O suplemento adicional de água na gravidez vai requerer retenção proporcional de sódio para manter a osmolaridade. Para conservar o sódio, além do efeito natriurético do progesterona, surge no período gestacional um mecanismo compensatório representado pelo sistema renina-angiotensina-aldosterona. A renina age liberando a angiotensina I (vasodilatadora), que se transforma em angiotensina II (vasoconstritora); esta, por sua vez, estimula a secreção de aldosterona pelo córtex supra-renal, que por fim aumenta a reabsorção tubular de sódio, preservando a homeostase materna.³⁰

A presença de edema em gestantes pode também ser assim explicada: na gestação, ocorre a compressão da veia cava inferior e das veias ilíacas pelo útero ocorrendo, principalmente, na posição de pé e parada. Como consequência, há um aumento da pressão venosa (cerca de três vezes) e redução do fluxo sanguíneo para os membros inferiores, o que contribui para o edema, formação de veias varicosas e hemorroidas.¹⁹ O diagnóstico Volume excessivo de líquidos foi um dos que esteve presente dentre os onze

diagnósticos identificados em prontuários de gestantes em outro estudo pesquisado.²⁵

O diagnóstico de enfermagem *Constipação* é definido como sendo a diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou passagem de fezes excessivamente duras e secas é a definição.¹⁰ Neste estudo teve como fator relacionado a diminuição da atividade peristáltica do trato gastrointestinal secundária a gravidez, evidenciados por queixas de frequência diminuída.

No período gestacional, o trato digestivo está sob a ação de prostaciclina e progesterona, tornando-se hipotônico e hipoativo, o que leva o bolo alimentar a caminhar lentamente a fim de melhorar o seu aproveitamento. O tempo de esvaziamento gástrico é maior, aumentando o contato de o bolo alimentar com o suco gástrico, que tem sua secreção diminuída em decorrência da produção de estrógeno, reduzindo a motilidade no trato gastrointestinal, que promove uma maior reabsorção de água, causando constipação.¹⁹ O diagnóstico de enfermagem *Constipação* também já foi encontrado²⁸, esteve presente em 18,18% das gestantes no terceiro trimestre, porém, esteve ausente no primeiro e no segundo trimestre.

Pelo diagnóstico de enfermagem *Ansiedade* entende-se um sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica e sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo.¹⁰ No estudo ele está relacionado com a proximidade do parto e foi evidenciado por relato de sensação de angústia, preocupação, medo e expectativa quanto ao trabalho de parto.

A expectativa em relação ao início do trabalho de parto geralmente causa aumento do nível de ansiedade, principalmente nas nulíparas que é comum se sentirem inseguras e duvidarem de sua capacidade de procurar a maternidade na hora certa.³¹ A ansiedade e o medo em conjunto com o sentimento de ambivalência (querer e não querer a gravidez) e fantasias são as reações emocionais mais comuns na gravidez durante o primeiro trimestre.³²

O elenco de diagnósticos de enfermagem elaborados durante esta pesquisa denota as respostas do organismo materno frente às especificidades da gestação, como por exemplo a alteração na bioquímica e na anatomia de todos os aparelhos e sistemas. Essas alterações decorrem da reação orgânica à presença do conceito, da explosão

hormonal e da ação mecânica exercida pelo útero gravídico.

Conhecer os problemas de saúde e as alterações ocasionadas pelo período gestacional poderá direcionar a assistência de enfermagem, ao fornecer subsídios para a elaboração de um plano de cuidados, implementação das intervenções e avaliação conforme a necessidade da gestante. Identificar diagnósticos de enfermagem da NANDA-I permite a determinação do grau de risco gestacional, detecção precoce de complicações e individualização da assistência de enfermagem.²⁸

Dessa maneira os diagnósticos de enfermagem podem contribuir não só para um melhor direcionamento da assistência clínica no pré-natal, mas para o desenvolvimento científico da profissão, a fim de estabelecer metas e intervenções de enfermagem para as gestantes durante a consulta de pré-natal, que apresente estado físico e psicológico comprometido, requerendo cuidados específicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acerca dos resultados obtidos, a maior parte das gestantes incluídas no estudo eram mulheres jovens, IG e AU compatíveis, anêmicas, convivem com companheiro, baixa escolaridade e que, conseqüentemente, estão fora do mercado de trabalho.

Foram elaborados 13 diagnósticos de enfermagem na amostra selecionada, sendo os seguintes com frequência igual ou superior a 50%: Risco de infecção do trato genital, Manutenção ineficaz da saúde, Risco de infecção do trato urinário e Eliminação urinária prejudicada.

Os resultados deste estudo podem vir a ser o início de um estudo de validação clínica, ou ainda, constituir subsídios para as enfermeiras na atenção a gestante nas consultas de pré-natal.

É fundamental desenvolver pesquisas relacionadas à identificação dos diagnósticos de enfermagem com o objetivo de direcioná-las a análise de problemas das gestantes que demandam ações específicas de enfermagem, pois apesar de sua comprovada importância na assistência de enfermagem, ainda são poucos os serviços que incorporam essa etapa em sua assistência. Devido a esse fato, ainda existem muitos erros ao se elaborar um diagnóstico de enfermagem adequado para cada cliente.

Em virtude dos fatos mencionados, sugere-se que outros estudos sejam realizados no sentido de testar e validar os diagnósticos de enfermagem identificados neste estudo com

as gestantes, visando à prática de enfermagem mais científica junto à mulher grávida.

REFERÊNCIAS

1. Moura ERF, Holanda Júnior F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(6):1791-99.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Temática de Saúde da Mulher. Manual dos comitês de mortalidade materna. 2ªed. Brasília (DF);2002. 75p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materna-Infantil. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos. 3ª ed. Brasília (DF); 1997. 62p.
4. Cecatti JG, Albuquerque RM, Hardy E, Faúndes A. Mortalidade materna em Recife: causas de óbitos maternos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1998; 20(1):7-11.
5. Lacava RMVB. Consulta de enfermagem no pré-natal. In: Barros SMO. *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Barueri (SP): Manole; 2006. 51-64p.
6. Lacava RMVB, Barros SMO. Diagnósticos de enfermagem na assistência às gestantes. *Acta Paul Enf*. 2004;17(1):9-17.
7. Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da Assistência de Enfermagem: reflexões sobre o processo. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem: Anais do 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2000. Recife/Olinda (PE);2000.
8. Garcia TR, Nóbrega MML, Carvalho EC. Nursing process: application to the professional practice. *Online Brazilian Journal of Nursing* [periódico na internet]. 2004 [Acesso em 2008 Feb 16]; 3(2):68-71. Disponível em www.uff.br/nepae/objn302garciaatal.htm
9. Alfaro-Lefreve R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5ªed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2005.
10. Nanda. Diagnósticos de enfermagem da NANDA. Definições e classificação 2007-2008. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008. 396p.
11. Arcanjo Z, Alves VM, Palmeira ILT, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem referentes ao sono e repouso de gestantes. *Rev Enferm UERJ*. 2006 jul/set; 14(3): 378-84.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/1996. Normas de pesquisa envolvendo seres

humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.

13. Alves VM, Moura ZA, Palmeira ILT, Lopes MVO. Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de atenção à saúde. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(1): 70-5.

14. Paraíba. Gestão Estadual do Sistema de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Relatório 2004. DATASUS. Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB. [texto na internet]. 2004. [acesso em 2008 Mar 23]. Disponível em: http://www.saude.pb.gov.br/web_dataRelPACSPSF2004.doc.

15. Clapis MJ, Almeida AM, Panobianco MS. Propedêutica obstétrica. In: Barros SMO. *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Barueri (SP): Manole; 2006. 35-50p.

16. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílio: educação e condições de vida [texto na internet]. 2002. [acesso 2008 Fev 16]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Temática de Saúde da Mulher. Assistência pré-natal: manual técnico. 3ªed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. 66p.

18. Buchabqui JA, Abeche AM, Brietzke E, Maurmann CB. Assistência pré-natal. In: Freitas F, Martins-Costa SA, Ramos JGL, Magalhães JA. *Rotinas em obstetrícia*. 5ªed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2006. 25-41p.

19. Gomes FA, Mamede MV. Modificações gerais e locais do organismo materno na gravidez. In: Barros SMO. *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Barueri (SP): Manole; 2006. 19-34p.

20. Lowdermilk DL. Anatomia e fisiologia da gestação. In: Lowdermilk DL, Perry ES, Bobak IM. *O cuidado em enfermagem materna*. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2002. p.199-218p.

21. Pritsivelis C, Rocha FPG, Silva NR. Rotinas e hábitos de vida. In: Chaves Neto H. *Obstetrícia básica*. São Paulo(SP): Atheneu; 2005. 101-10p.

22. Anderson T, Hosenpad JR, Chitambar CR. Câncer de mama. In: Kutty K, Schapira RM, Ruiswyk JV. *Kochar/Tratado de medicina interna*. 4ªed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005. 685-91p.

23. Silva NR, Silva DC, Bornia RG. Assistência pré-natal. In: Chaves Neto H. *Obstetrícia básica*. São Paulo (SP): Atheneu; 2005. 81-94p.

24. Vasconcelos MJA. Infecção urinária aguda. In: Chaves Neto H. *Obstetrícia básica*. São Paulo (SP): Atheneu; 2005. 299-303p.

25. Karan PM, Rosa RSL, Barbosa VBA, Brito RPA, Santos CS. Diagnóstico de enfermagem e intervenções a gestantes atendidas em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Nursing.* 2008; 11(116):36-44.

26. Bonadio CI, Tsunechiro MA. Diagnóstico de gravidez. In: Barros SMO. *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Barueri (SP): Manole; 2006. 3-18p.

27. Rocha GPG, Sieczko LS, Pereira SMD. Diagnóstico e cronologia da gestação. In: Chaves Neto H. *Obstetrícia básica*. São Paulo (SP): Atheneu; 2005. 75-80p.

28. Pereira SVM, Bachion MM. Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. *Rev Bras Enferm.* 2005 nov/dez; 58(6): 659-64.

29. Chaves Netto H, Sá RAM. Pequenos distúrbios da gestação. In: Chaves Neto H. *Obstetrícia básica*. São Paulo (SP): Atheneu; 2005. p.111-25p.

30. Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia Fundamental*. 9ªed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan;2003. 670p.

31. Leventhal LC. Períodos clínicos do parto. In: Barros SMO. *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Barueri (SP): Manole; 2006. 161-75p.

32. Stright BR, Harrison LO. *Enfermagem materna e neonatal*. 2ªed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1998. 224p.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2008/10/14

Last received: 2009/01/09

Accepted: 2009/01/10

Publishing: 2009/04/01

Corresponding Address

Maria Clerya Alvino Leite

Rua: Manoel Claudino da Silva, 427 — Centro
CEP: 58790-000 — Pedra Branca (PB), Brazil