

***HELGA GEREMIAS GOUVEIA***

***DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E PROBLEMAS  
COLABORATIVOS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO  
DE RISCO***

***CAMPINAS***

***2001***

**HELGA GEREMIAS GOUVEIA**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E PROBLEMAS  
COLABORATIVOS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO  
DE RISCO**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação  
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre  
em Enfermagem.*

***Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Helena Baena de Moraes Lopes***

**CAMPINAS**

**2001**

IDADE	BB
CHAMADA	UNICAMP
	G 745d
CIVIL	48089
NO. 16	83710.0
PREÇO	29.11,00
DATA	
Nº CPD	

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP

CM00165701-1

D 235734

<del>Gxxx</del> G745d	<p>Gouveia, Helga Geremias Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco / Helga Geremias Gouveia. Campinas, SP : [s.n.], 2001.</p> <p>Orientador: Maria Helena Baena de Moraes Lopes Dissertação ( Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Gravidez - complicações. 2. Diagnóstico de enfermagem. 3. Saúde da mulher. I. Maria Helena Baena de Moraes Lopes. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
--------------------------	--

---

**Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado**

---

---

**Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Maria Helena Baena de Moraes Lopes**

---

---

**Membros:**

---

1. **Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Helena Baena de Moraes Lopes**
2. **Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonieta Keiko Kakuda Shimo**
3. **Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz**

---

**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas**

---

**Data: 30/08/2001**

---

## **DEDICATÓRIA**

*"À Deus por ter me dado forças para a realização de um trabalho tão gratificante".*

*"Dedico esta dissertação à própria autora pelo grandioso esforço e dedicação durante a trajetória na realização deste".*

*"Aos meus pais por terem me dado oportunidade de realizar meus estudos e apoiar na escolha da minha profissão".*

*"Às Enfermeiras Obstetras que poderão usufruir destes conhecimentos na sua prática profissional".*

## *AGRADECIMENTOS*

---

A Deus pela oportunidade de realização deste trabalho.

Aos meus pais, irmão, noivo e amigos pelo apoio e incentivo.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Helena Baena de Moraes Lopes pela preciosa orientação e dedicação.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ianê Nogueira do Vale pela disponibilidade, apoio e esclarecimentos na avaliação dos dados.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonieta Keiko Kakuda Shimo e a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz pelas sugestões que contribuíram para a grandeza do trabalho.

Ao Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência - Hospital São Joaquim pela oportunidade de realização deste trabalho na instituição.

À Coordenação do Curso de Mestrado da UNICAMP pelo apoio recebido durante a realização do curso e da dissertação.

Às colegas do Mestrado pelo convívio e amizade consolidadas no decorrer do curso.

Aos colegas de trabalho (Supervisoras, Enfermeiras, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem) que sempre estavam incentivando e apoiando.

Às gestantes que participaram deste estudo, pela confiança demonstrada.

A todos os que contribuíram de alguma forma, em diferentes modos, apoiando-me na realização desta dissertação.

	<i>PÁG.</i>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xxvii</i>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	31
REVISÃO DA LITERATURA.....	34
REFERENCIAL TEÓRICO.....	37
O processo de enfermagem.....	37
O diagnóstico de enfermagem.....	38
Modelo bifocal de prática clínica e problemas colaborativos.....	42
<i>Assessment</i> e os padrões funcionais de saúde.....	46
<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	51
<b>OBJETIVOS</b> .....	55
Objetivo geral.....	57
Objetivos específicos.....	57
<b>SUJEITOS E MÉTODOS</b> .....	59
Levantamento bibliográfico.....	61
Contexto do estudo.....	61
Desenho do estudo.....	62
População e amostra.....	62
Variáveis de estudo.....	62
Instrumento de coleta de dados.....	64
Coleta de dados.....	65

Análise dos dados.....	65
Aspectos éticos.....	66
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>67</b>
<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>95</b>
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>115</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>123</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>135</b>
Anexo 1: Instrumento de coleta de dados.....	137
Anexo 2: Termo e declaração de consentimento.....	143
Anexo 3: Parecer do projeto de pesquisa.....	145
Anexo 4: Padrões de resposta humana – NANDA.....	147



	<i>PÁG.</i>
<b>Tabela 1:</b> Distribuição das gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, segundo a situação conjugal São Paulo, SP, 2000.....	70
<b>Tabela 2:</b> Distribuição das gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, segundo a ocupação. São Paulo, 2000.....	71
<b>Tabela 3:</b> Distribuição das gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, segundo o número de gestações. São Paulo, 2000.....	72
<b>Tabela 4:</b> Distribuição das gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, segundo o resultado das gestações anteriores. São Paulo, 2000.....	72
<b>Tabela 5:</b> Distribuição das gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, que tiveram partos anteriores, segundo o tipo e número de partos anteriores. São Paulo, 2000.....	73
<b>Tabela 6:</b> Distribuição das gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, que tiveram aborto anterior, segundo o tipo e número de abortos anteriores. São Paulo, 2000.....	74
<b>Tabela 7:</b> Diagnósticos clínicos e obstétricos das gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim. São Paulo, SP, 2000.....	75
<b>Tabela 8:</b> Diagnósticos de enfermagem e características definidoras do padrão TROCAR entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim. São Paulo, 2000.....	77

<b>Tabela 9:</b>	Diagnósticos de enfermagem e características definidoras do padrão RELACIONAR entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim. São Paulo, 2000.....	79
<b>Tabela 10:</b>	Frequência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem 'enfrentamento individual ineficaz' do padrão ESCOLHER entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim. São Paulo, 2000.....	80
<b>Tabela 11:</b>	Diagnósticos de enfermagem e características definidoras do padrão MOVER entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim. São Paulo, 2000.....	82
<b>Tabela 12:</b>	Frequências das características definidoras do diagnóstico de enfermagem 'déficit de conhecimento' do padrão CONHECER entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim. São Paulo, 2000.....	83
<b>Tabela 13:</b>	Diagnósticos de enfermagem e características definidoras do padrão SENTIR entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim. São Paulo, 2000.....	84
<b>Tabela 14:</b>	Frequência dos diagnósticos de enfermagem identificados entre de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, de acordo com intervalos de frequência (n=71). São Paulo, 2000.....	85
<b>Tabela 15:</b>	Frequência dos diagnósticos de enfermagem dos casos de trabalho de parto prematuro entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim (n=29). São Paulo, 2000.....	86
<b>Tabela 16:</b>	Frequência dos diagnósticos de enfermagem dos casos de DHEG/hipertensão entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim (n=15). São Paulo, 2000.....	87

<b>Tabela 17:</b> Freqüência dos diagnósticos de enfermagem dos casos de amniorrexe prematura entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim (n=9). São Paulo, 2000.....	88
<b>Tabela 18:</b> Freqüência dos diagnósticos de enfermagem dos casos de infecção do trato urinário/pielonefrite entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim (n=7). São Paulo, 2000.....	89
<b>Tabela 19:</b> Freqüência dos problemas colaborativos apresentados pelas gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim. São Paulo, 2000.....	90
<b>Tabela 20:</b> Freqüência dos problemas colaborativos apresentados pelas gestantes de risco com diagnóstico de trabalho de parto prematuro da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim (n=29). São Paulo, 2000.....	91
<b>Tabela 21:</b> Freqüência dos problemas colaborativos apresentados pelas gestantes de risco com diagnóstico de DHEG/hipertensão da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim (n=15). São Paulo, 2000.....	92
<b>Tabela 22:</b> Freqüência dos problemas colaborativos apresentados pelas gestantes de risco com diagnóstico de amniorrexe prematura da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim (n=9). São Paulo, 2000.....	93
<b>Tabela 23:</b> Freqüência dos problemas colaborativos apresentados pelas gestantes de risco com diagnóstico de infecção do trato urinário/pielonefrite da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim (n=7). São Paulo, 2000.....	93

## *LISTA DE FIGURAS*

---

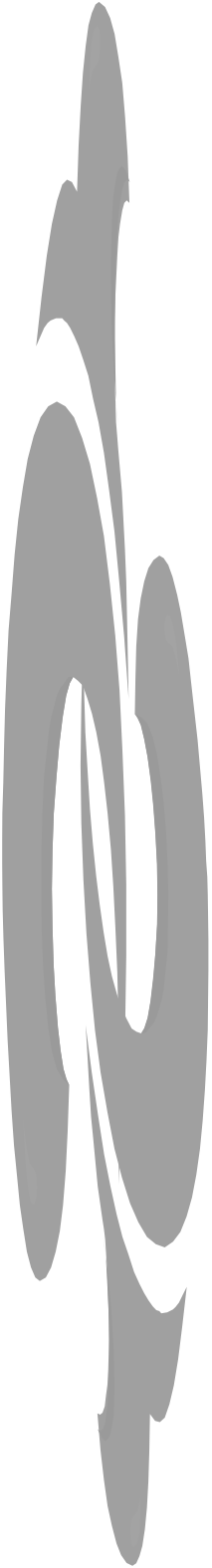
	<i>PÁG.</i>
<b>Figura 1:</b> Modelo bifocal de enfermagem clínica.....	44
<b>Figura 2:</b> Esquema de diferenciação de diagnóstico de enfermagem e problema colaborativo.....	45

	<i>PÁG.</i>
<b>Gráfico 1:</b> Distribuição das gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, segundo a idade. São Paulo, 2000.....	69
<b>Gráfico 2:</b> Distribuição das gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, segundo o nível de escolaridade. São Paulo, 2000.....	70

## LISTA DE QUADROS

---

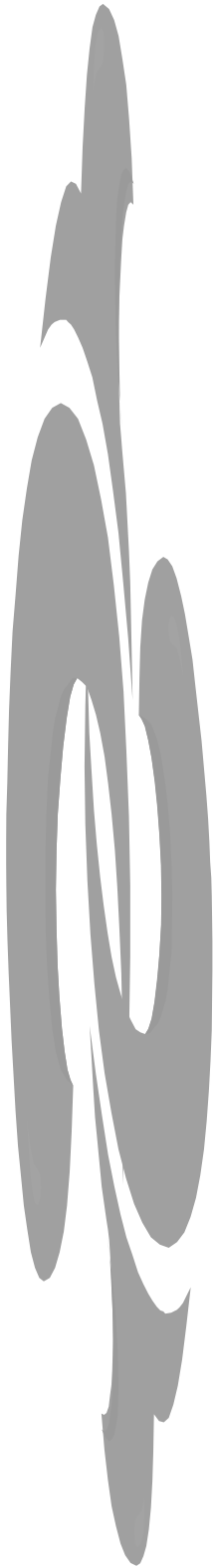
	PÁG.
<b>Quadro 1:</b> Diagnósticos de enfermagem durante a gestação, segundo HANSON-SMITH (1989), MAZZO (1997) e CARPENITO (1999).....	104
<b>Quadro 2:</b> Diagnósticos de enfermagem na gestação de risco, segundo CARVALHO <i>et al.</i> (1996) e dados do presente estudo.....	106
<b>Quadro 3:</b> Diagnósticos de enfermagem identificados entre gestantes com trabalho de parto prematuro, segundo HANSON-SMITH (1989) e dados do presente estudo.....	108
<b>Quadro 4:</b> Diagnósticos de enfermagem identificados entre gestantes com doença hipertensiva específica da gestação e hipertensão, segundo HANSON-SMITH (1989); SILVA (1996); DICKASON & SCHULT (1998); CARPENITO (1999); ARAGÃO & SANTOS (2000); ALBUQUERQUE <i>et al.</i> (2000) e dados do presente estudo.....	110
<b>Quadro 5:</b> Diagnósticos de enfermagem identificados entre gestantes com amniorrexe prematura, segundo HANSON-SMITH (1989) e dados do presente estudo.....	111
<b>Quadro 6:</b> Diagnósticos de enfermagem identificados entre gestantes com infecção do trato urinário e pielonefrite, segundo CARPENITO (1999) e dados do presente estudo.....	112



## ***RESUMO***

Este estudo teve como proposta identificar o perfil demográfico, os diagnósticos clínicos e obstétricos e os diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos comuns a gestantes de risco no Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência - Hospital São Joaquim. Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal. A coleta de dados foi realizada durante seis meses através de uma amostragem sistematizada. Os dados foram coletados nas primeiras 24 horas de internação, utilizando-se um formulário elaborado com base na proposta dos Padrões Funcionais de Saúde de Gordon. Os diagnósticos de enfermagem e os problemas colaborativos foram determinados juntamente com Especialistas em Enfermagem Obstétrica com experiência na utilização dos Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). A amostra foi composta por 71 gestantes de risco, sendo que a maior parte delas tinha 20 a 24 anos de idade, 16,9% eram adolescentes, 36,6% tinham ensino fundamental incompleto, 81,7% tinham parceiros e viviam junto com os mesmos, 59,2% não exerciam trabalho fora do lar e 64,7% já haviam ficado grávidas anteriormente. Os diagnósticos médicos (clínico ou obstétrico) de maior frequência foram trabalho de parto prematuro (40,8%) doença hipertensiva específica da gestação/hipertensão (21,1%) amniorrexe prematura (12,7%) e infecção do trato urinário/pielonefrite (9,8%). Os diagnósticos de enfermagem encontrados em 50% ou mais das gestantes foram: 'risco para infecção', 'manutenção da saúde alterada', 'conforto alterado', 'risco para amamentação ineficaz', 'padrões de sexualidade alterados', 'medo' e dor. Os problemas colaborativos encontrados em 50% ou mais dos casos foram: 'Complicação Potencial: trabalho de parto prematuro', 'Complicação Potencial: taquicardia materna' e 'Complicação Potencial: hipotensão'. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam nortear a assistência de enfermagem à gestantes de risco, visando uma coleta de dados e prestação de cuidados mais direcionados aos problemas comuns a este grupo, sendo, entretanto, importante atentar para as necessidades individuais de cada gestante, de forma a contribuir para uma assistência integral e individualizada.





## ***INTRODUÇÃO***

Os serviços hospitalares, de forma geral, têm escassez de recursos humanos especializados de enfermagem, como é o caso das enfermeiras obstetras que representam menos de 1% dos cerca de 22 mil enfermeiros do Estado de São Paulo (DIAS & CUNHA, 1999). O atendimento à gravidez de risco, por outro lado, exige equipe médica e de enfermagem especializada devido à sua complexidade, não apenas considerando-se as patologias, mas, sobretudo, as repercussões sobre a dinâmica familiar, estado emocional; enfim, sobre a mulher, seu conceito e sua família, considerando-se os aspectos biopsicossocioculturais e espirituais.

O Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência - Hospital São Joaquim (RBSPB - Hospital São Joaquim) da cidade de São Paulo, SP, Brasil, é um hospital geral que possui, entre outros serviços, o atendimento à gestante de risco.

Esta instituição já implantou em alguns setores a sistematização da assistência de enfermagem e pretende utilizar essa mesma estratégia na unidade de internação das gestantes de risco. A sistematização é de fundamental importância para planejar, direcionar as ações de enfermagem e organizar o registro dos dados. Além disso, conduz à priorização dos procedimentos a serem realizados e, se necessário, ao redimensionamento de recursos humanos e materiais, facilitando a avaliação da assistência prestada, porque permite verificar se os padrões mínimos estabelecidos foram alcançados.

O processo de enfermagem permite ao enfermeiro ter uma conduta adequada e de qualidade, pois consiste em um método organizado que tem uma estrutura lógica, científica. É um meio pelo qual podemos obter uma atenção mais dirigida e, assim, satisfazer as necessidades do cliente. Utilizando os diagnósticos de enfermagem, de uma classificação como a da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), é possível, ainda, o uso de uma linguagem comum, de estrutura organizada.

Frente ao exposto, é proposta deste estudo identificar o perfil das gestantes de risco atendidas no RBSPB - Hospital São Joaquim, os diagnósticos de enfermagem e os problemas colaborativos mais frequentes, de um modo geral e de acordo com os quadros clínicos e obstétricos, a fim de subsidiar a assistência de enfermagem à gestante de risco.

## REVISÃO DA LITERATURA

Para MASSI (1992: 132), *"a maternidade é quase sempre motivo de satisfação e realização para a mulher, mesmo que signifique dificuldades e restrições em sua vida"*.

*"A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há pequena parcela de gestantes que, por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela é o grupo chamado de gestantes de risco"*(BRASIL, 2000: 9).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), as gestantes de risco representam 15% do total de mulheres grávidas.

Gestação de risco, segundo NEME (1995: 111), *"é a prenhez em que a gestante ou o seu concepto estão sujeitos a sucumbir ou a serem lesados durante o ciclo grávido- puerperal"*.

Segundo MAUAD FILHO *et al.* (1985), o risco que a gestante apresenta ou possa vir a apresentar deve ser identificado durante o pré-natal, e as gestantes de risco, nesse período, devem receber cuidados especiais.

No Brasil, durante a década de 80, a razão da morte materna manteve uma discreta tendência ao declínio. Nos anos 90 manteve-se estável até 1997, quando aparece uma elevação. As causas de morte materna, 74% dos casos, são as obstétricas diretas, como as toxemias gravídicas e as hemorragias, que geralmente podem ser prevenidas com uma boa assistência ao pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2001a).

As necessidades de saúde do grupo de gestantes de baixo risco são resolvidas, de maneira geral, no nível primário de assistência; as do grupo de alto risco geralmente requerem técnicas mais especializadas, alguns casos podem ser solucionados no nível primário de assistência, outros necessitarão do nível secundário e terciário, com uma equipe de saúde multiprofissional e tecnologia sofisticada (BRASIL, 2000).

A assistência pré-natal busca prevenir e/ou tratar as anormalidades que porventura possam ocorrer durante a gestação, procurando preservar a saúde e o bem-estar, tanto da mãe quanto do feto (MAUAD FILHO *et al.*, 1985).

As normas de assistência devem diferenciar segundo o grau de risco que a cliente apresenta. Assim, o controle pré-natal da gestante de baixo risco será diferente do atendimento da gestante de alto risco, seja em objetivos, conteúdos, número de consultas ou tipo de equipe que presta a assistência (BRASIL, 2000).

*"A identificação da gestação de risco e suas formas é o ponto preliminar para avaliação do problema, a partir do qual pode-se preparar unidades especiais de atendimento nas quais a propedêutica e a terapêutica possam ser satisfatoriamente aplicadas. O objetivo final visa permitir a evolução da gravidez, de forma a reduzir os índices de morbimortalidade perinatal. A identificação da gravidez de risco deve ser o primeiro passo para a sua abordagem. Visa a possibilitar e planejar unidades de propedêutica e terapêutica especiais, considerando a gravidade de seu prognóstico"* (CUNHA *et al.*, 1990: 83).

É necessário que as gestantes de risco compareçam com maior assiduidade ao atendimento pré-natal, a fim de que fatores prejudiciais à gravidez sejam oportunamente diagnosticados e controlados (MAUAD FILHO *et al.*, 1985).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), no Brasil, por suas grandes dimensões e, principalmente, pelas diferenças sócio-econômico-culturais, evidenciam-se fatores de risco diversos. Assim, os fatores geradores de risco podem ser agrupados em quatro grandes grupos, que são:

1. características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis;
2. história reprodutiva anterior à gestação atual;
3. doenças obstétricas na gestação atual;
4. intercorrências clínicas.

No seguimento das gestações de risco, levam-se também em consideração as repercussões mútuas entre a doença e a gravidez, a avaliação clínica, a avaliação obstétrica e o parto (BRASIL, 2000).

O período da gestação é uma fase em que a mulher não só aprende sobre si mesma, mas também vivencia ansiedade, desamparo e expectativa, pois, nessa ocasião, ela passa por um período de adaptação física e psicológica a uma situação que altera profundamente todo o seu esquema corporal (VIÇOSA, 1993).

Quando a condição de risco é diagnosticada durante a gravidez, a mulher experimenta todas as reações próprias do vivenciamento do luto pela 'morte da gravidez idealizada'. Surgem sentimentos de culpa, raiva, censura. A hospitalização, tão comum e muitas vezes necessária na gravidez de risco, deve ser considerada como fator estressante adicional, em que a grávida conscientiza-se da sua doença, é afastada do suporte familiar e vive conflito entre a dependência imposta e a perda de autonomia (perda do controle sobre si e sobre a gravidez) (BRASIL, 2000).

*"Considera-se, neste ambiente emocional, o papel da equipe assistencial sob a óptica da paciente: a equipe é inominada, onipotente, autoritária, distante, mal-humorada, de falar 'difícil' e pouco comunicativa. Por outro lado, o médico é visto pela grávida como super-homem ou deidade, capaz de salvar a vida dela e de seu filho"* (BRASIL, 2000: 16).

Ainda, para o mesmo autor, é importante a visão que a equipe tem de si mesma, pois os sentimentos e emoções são intercambiáveis com os da paciente. Assim, a equipe de saúde deve ter conhecimento e sensibilidade para identificar e entender o processo emocional que rodeia o acompanhamento da gestação de risco tanto quanto competência técnico-científica para utilizar os recursos tecnológicos mais adequados a cada caso.

Identificadas as condições de risco, algumas delas podem ser tratadas e eliminadas, enquanto outras devem ser controladas, a fim de diminuir seu impacto sobre a gravidez. Assim, os profissionais de saúde devem permanecer alertas para observar com mais rigor os sinais precoces de alterações e prepararem-se para iniciar imediatamente o tratamento (ZIEGEL & CRANLEY, 1985).

Nas gestações de risco, as preocupações com o sucesso da gestação se acumulam frente às complicações a que a mulher grávida está sujeita. Desta forma, a sistematização da assistência de enfermagem é valiosa, porque pode levar a uma visão global da condição do binômio mãe-feto, favorecendo a continuidade da assistência e direcionando-a através de embasamento científico (WALDOW, 1988).

## REFERENCIAL TEÓRICO

### O processo de enfermagem

A ciência da enfermagem está baseada numa ampla estrutura teórica, e o processo de enfermagem é um método, através do qual essa estrutura é aplicada à prática da enfermagem (IYER, TAPTICH, BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Para SMELTZER & BARE (1994: 19), o processo de enfermagem "*se constitui de uma abordagem deliberada de identificação e resolução de problemas para atender aos cuidados de saúde e às necessidades de assistência de enfermagem dos pacientes*".

Segundo o mesmo autor, as etapas desse processo foram delineadas de diversas maneiras por muitos autores, os pontos comuns encontrados nas definições são: avaliação (ou histórico), diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e análise final (evolução ou avaliação final).

Assim, o processo de enfermagem se constitui da coleta de dados e tomada de decisões que incorporam a análise e a modificação subsequente como mecanismos de *feedback* que promovem a resolução final dos diagnósticos de enfermagem da paciente (SMELTZER & BARE, 1994).

A participação do cliente neste processo é de fundamental importância, pois ele oferece subsídios para o levantamento e validação dos dados, expressando seus reais problemas, procurando realizar uma troca de informações, de expectativas e de experiências. Assim, será possível desenvolver um plano de cuidados mais adequado e estabelecer resultados atingíveis.

A primeira fase do processo de enfermagem, conhecida por levantamento, avaliação ou histórico de enfermagem, consiste na coleta de dados do cliente de forma sistemática e ordenada (WALDOW, 1988).

Após a coleta dos dados, é realizada a análise dos mesmos na qual é utilizado o conhecimento em relação às várias teorias e conceitos para integrá-los. Através dessa análise, serão identificados os problemas e, a partir destes, os diagnósticos de enfermagem. Identificados os diagnósticos de enfermagem devem ser classificados em ordem de prioridades, levando-se em consideração também a opinião do cliente (WALDOW, 1988).

A fase seguinte do processo de enfermagem é a fase de planejamento dos cuidados de enfermagem. Segundo IYER *et al.* (1993), nessa fase são desenvolvidas estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados na fase anterior e estabelecer, com o cliente, os resultados esperados.

A próxima fase é a implementação, que é a prestação dos cuidados de enfermagem. Nessa fase são incluídas todas as intervenções de enfermagem, dirigidas à resolução dos diagnósticos de enfermagem e ao atendimento das necessidades de saúde do cliente (SMELTZER & BARE, 1994).

A última fase é a avaliação final ou evolução, que é dirigida à determinação das mudanças de comportamento e das respostas do paciente, frente às intervenções de enfermagem, que foram prestadas, e a extensão em que foram alcançadas (SMELTZER & BARE, 1994).

### **O diagnóstico de enfermagem**

A idéia da atividade diagnóstica para a enfermagem teve seu início com a enfermagem moderna, com Nightingale, que na Guerra da Criméia, junto com outras enfermeiras, diagnosticou e tratou problemas de saúde, diminuindo a taxa de mortalidade nos hospitais britânicos (FARIAS *et al.*, 1990).

Com Harmer, na década de 20, ressurgiu a idéia da atividade diagnóstica e é sugerido que os enfermeiros usem um método científico, organizem a ciência da enfermagem, identifiquem problemas específicos de enfermagem e designem prescrições para esses problemas. Em 1950, essa idéia foi reforçada, quando MacManus especificou o termo diagnóstico como atividade de enfermagem e descreveu as funções de responsabilidade do enfermeiro (FARIAS *et al.*, 1990).

Em 1953, Vera Fry acrescentou a palavra 'enfermagem' ao termo 'diagnóstico', e fez a primeira referência na literatura sobre diagnóstico de enfermagem, apontando cinco áreas de necessidades do cliente que considerou como domínio da enfermagem e foco para os diagnósticos de enfermagem (FARIAS *et al.*, 1990).

Esse interesse pelo diagnóstico de enfermagem, na década de 60, ficou evidente com a publicação de artigos referentes aos diagnósticos de enfermagem, que reconheciam a importância da avaliação clínica e identificação de problemas que requeriam intervenções

de enfermagem, apresentando, também, preocupação com o uso do termo “diagnóstico” que era visto como uma atribuição exclusiva do médico (FARIAS *et al.*, 1990).

Em 1961, Abdellah apresentou aos profissionais de enfermagem o primeiro sistema de classificação para os diagnósticos, a partir da ordenação de 21 problemas que eram foco da atenção de enfermagem (FARIAS *et al.*, 1990).

Levine, na década de 60, para tornar clara a idéia do diagnóstico de enfermagem, sugeriu a palavra TROPHICOGNOSIS, a qual foi contestada por King, em 1967, que afirmou ser o processo diagnóstico uma atribuição não exclusiva do médico; sendo, assim, desnecessário o uso de outra denominação (FARIAS *et al.*, 1990).

Entre os anos 50 e 60, o interesse das enfermeiras por essa etapa do processo de enfermagem foi incipiente, permanecendo latente e ressurgindo na década de 70 com maior força (CROSSETTI, 1995).

Na década de 1970 houve um aumento no interesse pelo diagnóstico de enfermagem. Em 1973, enfermeiras norte-americanas convocaram a *First National Conference on Classification of Nursing Diagnosis*, isto em resposta ao reconhecimento e à necessidade de um sistema de classificação diagnóstica e de identificar os problemas que exigiam intervenções de enfermagem. Um dos objetivos desta Conferência era dar conhecimento aos administradores de serviços de saúde dos dados de enfermagem que poderiam estar incluídos nos sistemas informatizados, além de identificar e classificar condições diagnosticadas e tratadas por enfermeiros. Nesta Conferência foram validados 34 diagnósticos de enfermagem em decorrência dos sinais e sintomas relacionados aos sistemas funcionais orgânicos, citados a partir da experiência prática dos participantes nos grupos de trabalho. Assim, para desenvolver e classificar os diagnósticos de enfermagem os enfermeiros iniciaram um esforço formal (FARIAS *et al.*, 1990).

Naquela reunião foi formado um grupo de estudos, que desde 1973 passou a se encontrar a cada dois anos, e em 1976 grupos regionais realizaram encontros com o objetivo de educar as enfermeiras sobre esse assunto, que passou a ser visto como uma importante etapa do processo de enfermagem (CROSSETTI, 1995). O grupo de estudos, em 1977, convidou 21 teóricos de enfermagem para desenvolver uma estrutura conceptual, a fim de classificar os diagnósticos (FARIAS *et al.*, 1990).



A partir de então, nos encontros realizados em 1978, 1980 e 1982, foi discutida a necessidade de desenvolver uma estrutura para organização dos diagnósticos de enfermagem. Com isso foram convidadas enfermeiras assistenciais, com o objetivo de integrar a teoria e a prática, com a finalidade de se desenvolver uma estrutura conceitual real e concreta (FARIAS *et al.*, 1990).

Os diagnósticos de enfermagem, através de uma metodologia indutiva, foram agrupados, resultando os nove 'Padrões do Homem Unitário', sendo uma estrutura conceitual para o sistema de classificação diagnóstica (MARIA, 1990).

No ano de 1982, o *National Group on Classification of Nursing Diagnosis* foi formalizado e passou a denominar-se *North American Nursing Diagnosis Association - NANDA* (CROSSETTI, 1995).

Em 1984, foi realizada a formação de grupos de interesse em informática, pesquisa, currículo, saúde mental, taxonomia e outros. Em 1986, os diagnósticos de enfermagem continuavam organizados em ordem alfabética. O Comitê de Taxonomia, após análise daquela lista, apresentou a proposta da Taxonomia I, que foi aprovada em assembléia geral, com os termos 'Padrões de Respostas Humanas' em substituição aos 'Padrões do Homem Unitário' (CROSSETTI, 1995).

Um grupo de enfermeiras da *American Nurses Association - ANA* e da NANDA, em 1986, enviaram à Organização Mundial de Saúde (OMS) um esquema de classificação dos diagnósticos de enfermagem para que fosse considerada a possibilidade de sua inclusão na Classificação Internacional de Doenças - CID-10. Este esquema incorporava o trabalho da NANDA, da Associação de Enfermeiras visitantes de Omaha e o trabalho relacionado ao *Diagnostic and Statistical Manual III - DSM III* do Conselho de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental da ANA. A OMS não aprovou a solicitação, fez várias considerações e recomendou a formulação de um sistema de classificação internacional para a enfermagem, que deveria ser conduzido por uma organização internacional de enfermagem que fosse representativa da Enfermagem mundial (NÓBREGA & GUTIÉRREZ, 1999). Esta tarefa foi assumida pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) que iniciou a criação de um sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A NANDA, em sua reunião bienal, em 2000, aprovou a Taxonomia II que possui um modelo multiaxial. Ela possui seis eixos (conceito diagnóstico, tempo, unidade de cuidado, idade, probabilidade, descritor), 13 domínios, sendo que um dos domínios denomina-se 'outro', para que haja possibilidade de incorporação de outros domínios ainda não identificados, e 46 classes (MARIN, 2001).

No Brasil, um dos grupos que desenvolvem estudo sobre o diagnóstico de enfermagem é a Universidade Federal da Paraíba, que, interessada no assunto, vem realizando estudos na área de saúde mental, com aplicação da Taxonomia proposta pela NANDA, e divulgando-os no país e no exterior, motivando as enfermeiras a testarem esse referencial teórico (CROSSETTI, 1995).

Em 1990, na *9th National Conference of the NANDA* foi aprovada a definição de diagnóstico de enfermagem como *"um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável"* (NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION, 2000: 143).

Os diagnósticos de enfermagem proporcionam, portanto, um mecanismo útil para estruturar o conhecimento de enfermagem, em tentativa da definição do papel e domínio do enfermeiro (CARPENITO, 1997).

Para CARPENITO (1997), um sistema de classificação em enfermagem define o corpo de conhecimento pelo qual o enfermeiro é responsável. Através dos diagnósticos de enfermagem há uma identificação mais clara do corpo de conhecimento, trazendo assim uma maior confiabilidade e autonomia profissional.

O uso de um sistema de classificação para identificar o domínio da enfermagem proporciona às enfermeiras uma estrutura referencial comum. O sistema unificado de termos estabelece uma linguagem comum que auxilia as enfermeiras na avaliação dos dados e na identificação dos problemas potenciais ou reais do cliente. O conhecimento da responsabilidade da enfermagem estimula a aquisição de novos conhecimentos e habilidades na intervenção para a solução desses problemas (CARPENITO, 1997).

Segundo CARPENITO (1997), as enfermeiras buscaram organizar o conhecimento e a prática de enfermagem, elaborando estruturas teóricas e conceituais, visando auxiliar a distinção dos fenômenos de enfermagem no amplo campo de atendimento de saúde. No entanto, para a mesma autora, a crítica à maioria das teorias e estruturas teóricas geralmente parte da dificuldade de sua aplicação à prática clínica.

Para CARPENITO (1997), a palavra diagnóstico provoca muitas respostas nas enfermeiras (positivas ou negativas). As enfermeiras vinculam os diagnósticos exclusivamente à medicina, algumas tendem a desconsiderar o fato de que muitos profissionais, como dentistas, nutricionistas e outros, elaboram diagnósticos. Além disso, muitas enfermeiras foram ensinadas a evitar afirmações definitivas ao documentar e também a utilizar frases como 'parece ser' ou 'aparenta ser'. No entanto, ao formular o diagnóstico de enfermagem, a enfermeira tem de assumir a responsabilidade pela interpretação, correta ou não, das evidências encontradas, pela prescrição de cuidados e pelos resultados obtidos.

### **Modelo bifocal de prática clínica e problemas colaborativos**

*"O modelo bifocal de prática clínica identifica as duas situações clínicas nas quais a enfermeira intervém - uma em que prescreve ações e a outra em que colabora com as outras disciplinas. Esse modelo além de organizar o foco da prática de enfermagem, também auxilia a distinguir a enfermagem de outras disciplinas da área de saúde"* (CARPENITO, 1997: 45).

O modelo bifocal da prática clínica identifica as respostas do cliente como diagnósticos de enfermagem ou problemas colaborativos, que juntos compreendem o âmbito das respostas tratadas pela enfermagem e como tal definem a sua natureza exclusiva (CARPENITO, 1997).

*"O desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem específicos para descrever todas as situações nas quais as enfermeiras intervêm resultaria em uma lista enorme e de difícil manipulação. A tentativa de estabelecer um diagnóstico de enfermagem para cada faceta da prática de enfermagem também levaria ao uso equivocado dos diagnósticos. A classificação de certas situações como problemas colaborativos auxiliou a minimizar estes*

*problemas, refinando, ao mesmo tempo, o escopo da prática de enfermagem"* (CARPENITO, 1997: 45).

*"Problemas colaborativos são certas complicações fisiológicas que as enfermeiras monitoram para detectar o estabelecimento ou a modificação subsequente em seu estado. As enfermeiras controlam os problemas colaborativos usando intervenções prescritas pelo médico e ou ela própria, para minimizar as complicações dos eventos"* (CARPENITO, 1997: 46).

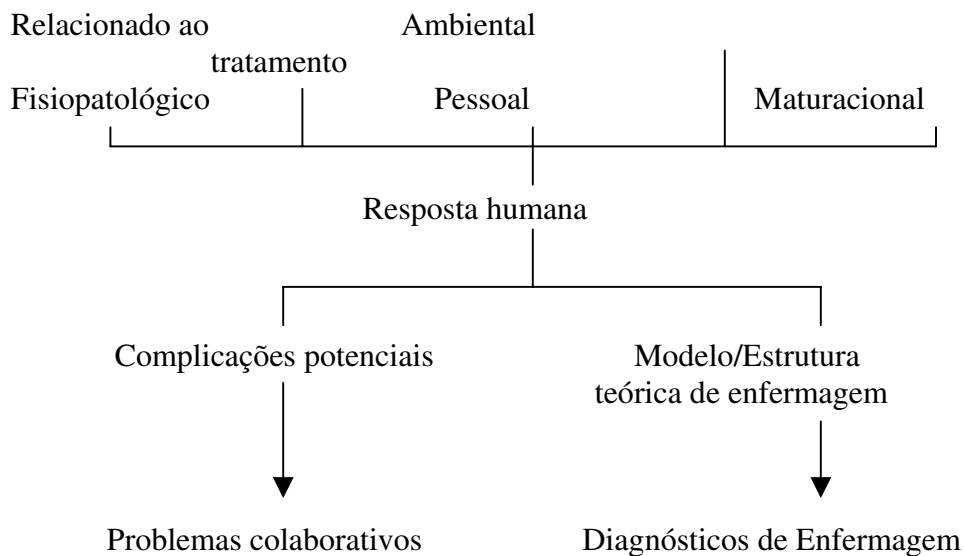
Com a designação 'certas complicações', fica claro que nem todas as alterações fisiológicas são problemas colaborativos. Se a enfermeira pode evitar a complicação ou proporcionar o tratamento inicial, há então um diagnóstico de enfermagem (CARPENITO, 1997).

Os problemas colaborativos são situações de responsabilidade inicial da enfermagem, que diagnostica o estabelecimento e controla as mudanças de estado. Quando uma determinada situação não exige mais o controle/cuidado de enfermagem, o cliente é liberado. Sendo assim, em alguns casos, um problema colaborativo pode tornar-se um diagnóstico médico, após a liberação do cuidado de enfermagem (CARPENITO, 1997).

No problema colaborativo, o controle de enfermagem concentra-se em monitorar o estabelecimento ou a mudança do estado das complicações fisiológicas e em responder a essas mudanças com intervenções prescritas por médicos e enfermeiras. A enfermeira toma decisões independentes tanto para os problemas colaborativos quanto para os diagnósticos de enfermagem. Nos diagnósticos de enfermagem, a enfermeira prescreve o tratamento definitivo; nos problemas colaborativos, a prescrição do tratamento definitivo procede tanto da enfermagem quanto da medicina (CARPENITO, 1997).

Os problemas colaborativos iniciam com o título diagnóstico 'complicação potencial' (CP), este indica o foco da enfermagem para o problema colaborativo, que é reduzir a gravidade de certos fatores ou eventos fisiológicos. Ao redigir afirmativas de problemas colaborativos, a enfermeira jamais deve omitir o termo 'complicação potencial', pois este termo determina a exigência de intervenções prescritas pela enfermagem para o seu tratamento e, sem ele, o problema colaborativo poderia ser confundido com um diagnóstico médico (CARPENITO, 1997).

Na **Figura 1** é apresentado o diagrama do modelo bifocal de enfermagem clínica, que permite diferenciar as respostas como sendo diagnósticos de enfermagem ou problemas colaborativos.

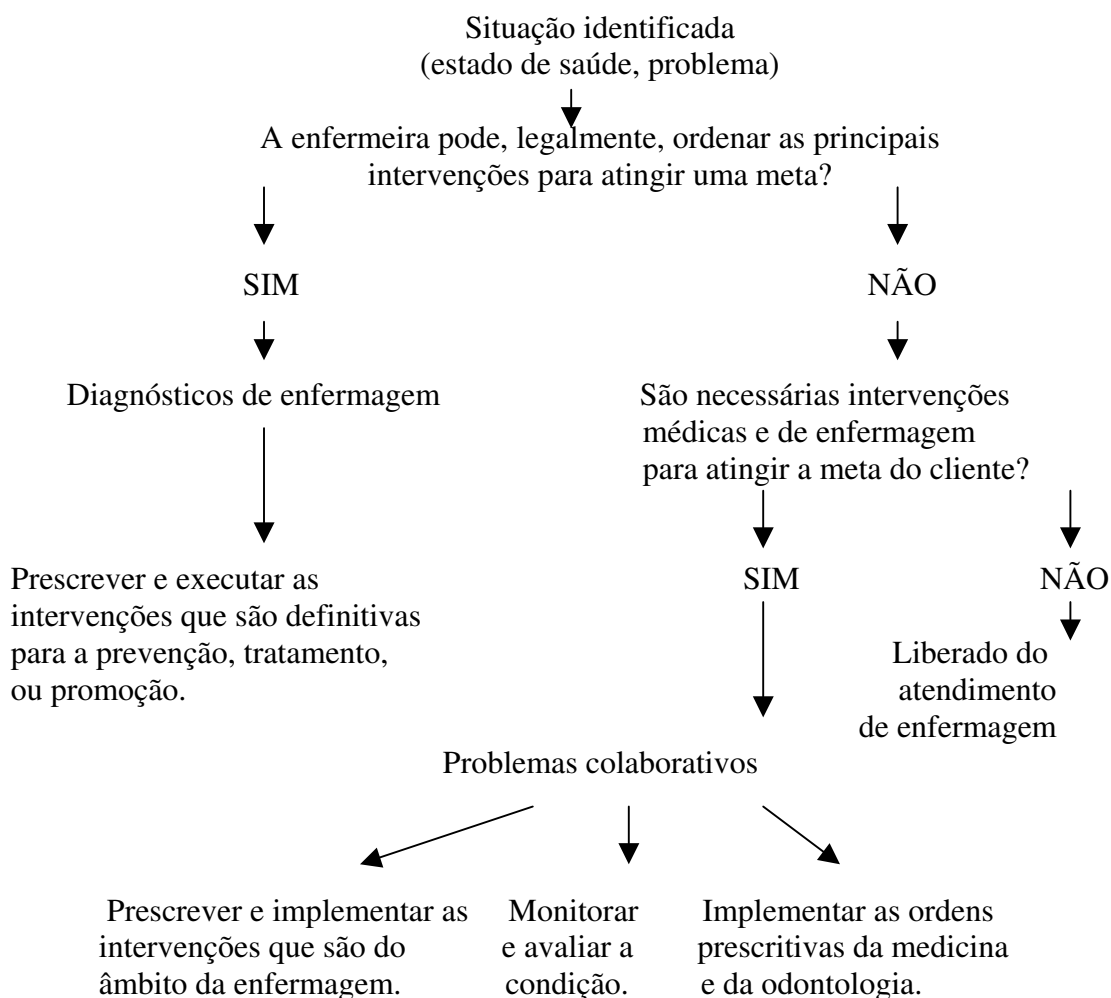


**Figura 1:** Modelo bifocal de enfermagem clínica \*

---

\* Fonte: CARPENITO, 1997

Na **Figura 2** é apresentado o esquema de diferenciação entre diagnóstico de enfermagem e problema colaborativo proposto por CARPENITO (1997), ilustrando o relacionamento das metas para os diagnósticos de enfermagem e para os problemas colaborativos.



**Figura 2:** Esquema de diferenciação de diagnóstico de enfermagem e problema colaborativo\*

\* Fonte: CARPENITO, 1997

## ***Assessment* e os Padrões Funcionais de Saúde**

O termo *assessment* significa avaliação e na enfermagem o termo é utilizado para descrever as avaliações de saúde iniciais e subsequentes de uma pessoa, família ou comunidade. O *assessment* é um processo intencional, deliberativo e sistemático baseado em um plano para coletar e organizar a informação. A tipologia dos Padrões Funcionais de Saúde provê este plano. A coleta de informações é organizada de tal maneira que facilita a avaliação de saúde e a identificação dos diagnósticos de enfermagem. As áreas dos padrões funcionais de saúde, estabelecem um formato de *assessment standart* para uma base de dados básicos, independente da idade do cliente, nível de cuidado ou diagnóstico médico (GORDON, 1994).

Os 11 padrões funcionais de saúde propostos por GORDON (1994) são apresentados por CARPENITO (1997), como seguem:

### 1. Padrão de Percepção de Saúde - Controle da Saúde:

- Padrão percebido de saúde e bem-estar;
- Conhecimento do estilo de vida e o relacionamento com a saúde;
- Conhecimento de práticas preventivas de saúde;
- Adesão às prescrições médicas e de enfermagem.

### 2. Padrão Nutricional - Metabólico:

- Padrão usual de ingesta de alimentos e líquidos;
- Tipos de alimentos, ingesta de líquidos;
- Peso vigente, perda ou ganho de peso;
- Apetite, preferências.

### 3. Padrão Eliminatório:

- Padrão de eliminação intestinal, modificações;
- Padrão de eliminação vesical, modificações;
- Problemas de controle;
- Uso de equipamentos auxiliares;
- Uso de medicamentos.

### 4. Padrão de Atividade - Exercício:

- Padrão de exercício, atividade, lazer, recreação;
- Capacidade de realizar as atividades da vida diária (autocuidado, manutenção do lar, trabalho, alimentação, compras, cozinha).

### 5. Padrão de Sono - Repouso:

- Padrão de sono , repouso;
- Percepção de qualidade, quantidade.

### 6. Padrão Cognitivo - Perceptual:

- Visão, aprendizagem, paladar, tato, olfato;
- Adequação de linguagem;
- Memória;
- Habilidade para tomada de decisão, padrões;
- Queixas de desconforto.



7. Padrão de Autopercepção - Autoconceito:

- Atitudes sobre si mesma, sentido de valor;
- Percepção da capacidade;
- Padrões emocionais;
- Imagem corporal, identidade.

8. Padrão de Papel - Relacionamento:

- Padrões de relacionamento;
- Responsabilidades dos papéis assumidos;
- Satisfação com relacionamentos e responsabilidades.

9. Padrão Sexual – Reprodutivo:

- História menstrual, reprodutiva;
- Satisfação com relacionamento sexual, identidade sexual;
- Problemas pré-menopausa ou pós-menopausa;
- Exatidão da educação sexual.

10. Padrões de Estratégia de Resolução - Tolerância ao Estresse:

- Capacidade para controlar o estresse;
- Conhecimento de tolerância ao estresse;
- Fontes de apoio;
- Número de eventos estressantes no último ano.

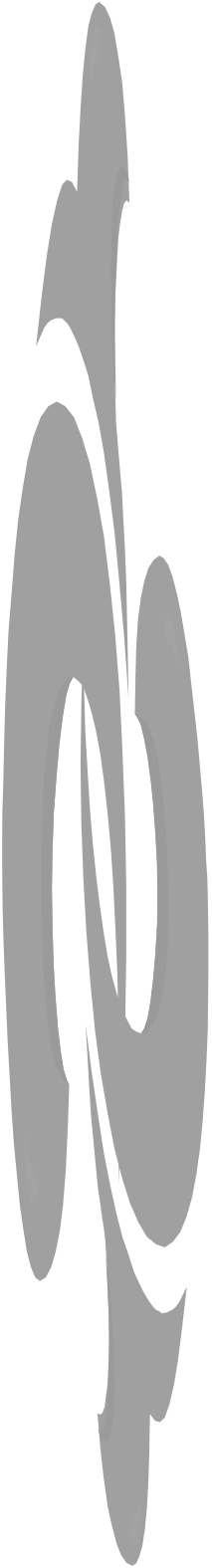
## 11. Padrão de Valor - Crença:

- Valores, metas, crenças;
- Práticas espirituais;
- Conflitos percebidos nos valores.

Todos os seres humanos têm em comum um certo padrão de funcionamento que contribui para a sua saúde, qualidade de vida e realização do potencial humano. Esses padrões comuns são o foco do *assessment* da enfermagem. A descrição e a avaliação dos padrões de saúde permitem à enfermeira identificar padrões funcionais (vigor do cliente) e padrões disfuncionais (diagnóstico de enfermagem) (GORDON, 1994).

Após o término da coleta de dados, a enfermeira juntamente com o cliente pode determinar o funcionamento positivo, alterado ou o estado de risco para funcionamento alterado. O funcionamento alterado é definido como aquele que é percebido como alterado, negativo pelo cliente (individual ou grupo) (CARPENITO, 1997).

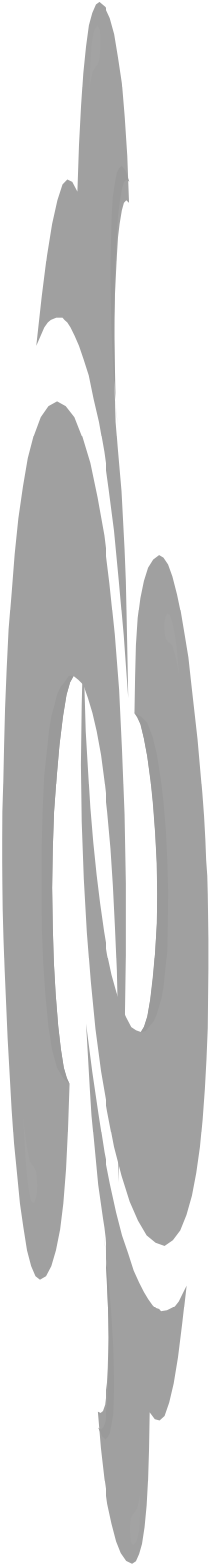
Os padrões funcionais de saúde apresentam uma divisão artificial do funcionamento integrado humano. Assim, os padrões funcionais de saúde são inter-relacionados, interativos e interdependentes (GORDON, 1994).



## ***JUSTIFICATIVA***

As gestantes de risco devem ser consideradas como um grupo que possui necessidades específicas, onde a esperança do sucesso da evolução da gestação até o termo se confronta com as complicações presentes ou potenciais. A assistência de enfermagem é de grande valia podendo conduzir a melhores prognósticos para o binômio mãe-feto. Os poucos estudos existentes, relacionados ao estudo dos diagnósticos de enfermagem em gestantes de risco, são voltados a um determinado quadro clínico ou obstétrico, como, por exemplo, hipertensão gestacional. Entretanto, há diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos que são comuns às gestantes de risco, independente do diagnóstico médico (clínico e/ou obstétrico) que estejam apresentando, o que permite estabelecer quais dados devem ser prioritariamente investigados no momento da admissão da gestante, quando, algumas vezes, o diagnóstico médico ainda não está definido. Por outro lado, o diagnóstico médico, quando conhecido, é importante, pois há diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos que estão estreitamente relacionados a eles.

Assim, a proposta deste estudo, que é identificar os diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais frequentes entre as gestantes de risco de um modo geral e de acordo com o diagnóstico médico, é importante para nortear a assistência de enfermagem a esta clientela.



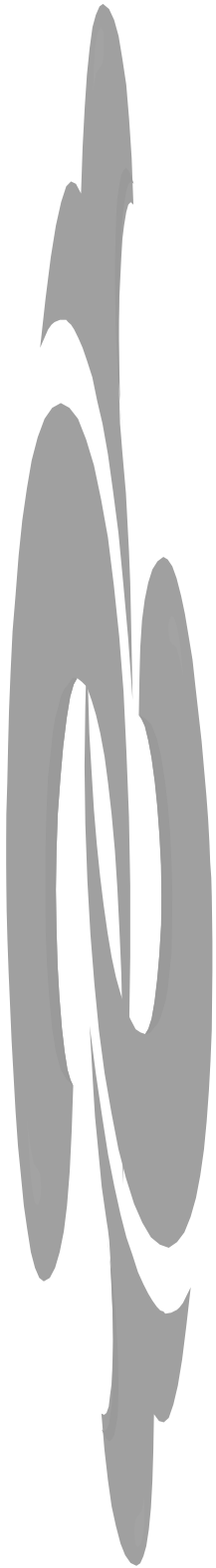
## ***OBJETIVOS***

## **OBJETIVO GERAL**

Identificar os diagnósticos de enfermagem e os problemas colaborativos de gestantes de risco no Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência - Hospital São Joaquim, São Paulo, SP, Brasil.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar o perfil demográfico, os diagnósticos clínicos e obstétricos de gestantes de risco atendidas naquele hospital.
- Identificar a frequência dos diagnósticos de enfermagem das gestantes de risco de um modo geral e de acordo com os diagnósticos médicos (clínicos e/ou obstétricos).
- Identificar a frequência dos problemas colaborativos das gestantes de risco de um modo geral e de acordo com os diagnósticos médicos (clínicos e/ou obstétricos).



## ***SUJEITOS E MÉTODOS***

## LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

A fim de comparar os resultados do presente estudo com os de trabalhos semelhantes envolvendo gravidez de risco e diagnósticos de enfermagem da NANDA, foi realizado um levantamento das publicações sobre o tema através da BIREME ([www.bireme.br](http://www.bireme.br)), na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), em que não é determinado o período para o levantamento das referências, e MEDLINE (*Medlars on line*, literatura internacional), em que foram identificados os artigos publicados nos últimos sete anos. Para este levantamento foram utilizadas as palavras-chave: 'gravidez e risco'; 'diagnósticos de enfermagem e gravidez'; 'diagnóstico de enfermagem'. Foi também utilizada a base de dados PubMed ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/)), em que são listadas as publicações do MEDLINE, usando-se como palavras-chave: '*nursing and diagnosis and pregnancy*' e '*nursing and diagnosis*'.

## CONTEXTO DO ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada no Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência - Hospital São Joaquim, onde a unidade de internação da clínica obstétrica é composta por 38 leitos, sendo 30 leitos destinados às puerpérias e oito leitos às gestantes de risco, que são atendidas pelo Sistema Único de Saúde, e uma ala para convênio e particulares onde as gestantes de risco ficam dispostas aleatoriamente entre as demais clínicas obstétricas e ginecológicas.

Em um levantamento prévio foi constatado que no período de um ano tivemos um total de 437 gestantes de risco internadas, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e Convênio, por diversas patologias.

Naquela instituição, considera-se como 'gravidez de risco' qualquer intercorrência clínica ou obstétrica que possa afetar a gestante e/ou seu concepto, incluindo neste grupo tanto os casos de médio quanto os de alto risco.

O hospital, em questão, é localizado no bairro do Paraíso, tendo ao seu redor bairros como Vila Mariana, Bela Vista, Liberdade, entre outros. A Liberdade, é um bairro habitado por descendentes ou oriundos de países como o Japão, Coréia, China, havendo então necessidade de um enfoque de assistência mais diferenciado por apresentarem cultura e hábitos distintos dos brasileiros.



Segundo a Secretaria de Saúde da cidade de São Paulo, aquela instituição pertence à área de atendimento do Distrito Regional I - Capital Núcleo Regional de Saúde 1. Vale ressaltar que, apesar dessa determinação, também são atendidas gestantes provenientes de outros bairros da cidade de São Paulo, como Itaquera, Guaianazes, Santo Amaro e de cidades da grande São Paulo, como Guarulhos, São Bernardo do Campo, entre outras.

## **DESENHO DO ESTUDO**

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal.

## **POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população deste estudo foi composta de gestantes de risco internadas (SUS ou convênio) por motivo clínico e/ou obstétrico no período de abril à setembro de 2000 no RBSPB - Hospital São Joaquim.

Para o cálculo do tamanho da amostra, primeiramente foi verificado o número de internações de gestantes de risco referente ao período de um ano, e constatou-se que neste período ocorreram 437 internações. Com base nesses dados e considerando-se que o período de coleta seria de seis meses, isto é de abril à setembro, de forma a incluir meses quentes e frios, afim de evitar o efeito da sazonalidade, estabeleceu-se que se faria uma amostragem sistematizada, na qual a cada duas internações uma seria considerada para o levantamento de dados, de forma a obter-se uma amostra correspondente a cerca de 25% do total de internações anuais de gestantes de risco, isto é cerca de 100 casos.

## **VARIÁVEIS DE ESTUDO**

**Idade:** anos completos no momento da entrevista. Foram consideradas adolescentes as gestantes que se encontravam na faixa etária de 10 a 19 anos (BRASIL, 2001).

**Número de gestações:** número de vezes em que a mulher ficou grávida, incluindo a atual gravidez.

**Paridade:** número de filhos nascidos vivos ou mortos através de parto vaginal ou cesárea, excluindo os abortos.

**Aborto:** segundo NEME (1995), é considerado aborto a extração do feto ou embrião que pese menos que 550 gramas (idade gestacional de aproximadamente 20-22 semanas completas ou de 140-154 dias completos). Foram admitidas as categorias 'aborto espontâneo'(AE) e 'aborto provocado'(AP).

**Situação conjugal:** informação fornecida pela mulher se tem ou não companheiro fixo. Foram utilizadas as categorias: 'tem parceiro e vive junto'; 'tem parceiro e não vive junto'; 'não tem parceiro'.

**Escolaridade:** nível de ensino cursado ou em curso. Foram consideradas as categorias: analfabeta, Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio incompleto, Ensino Médio completo, Ensino Superior incompleto e Ensino Superior completo.

**Ocupação:** atividade ou profissão exercida pela mulher, sendo que 'do lar' e 'estudante' foram consideradas também como categorias desta variável

**Diagnóstico de enfermagem:** *"um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável"* (NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION, 2000: 143).

**Características definidoras:** *"sugestões/inferências observáveis que agrupam-se como manifestações de um diagnóstico de enfermagem"* (NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION, 2000: 144).

**Fatores relacionados:** *"fatores que aparecem para mostrar algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico de enfermagem. Tais fatores podem ser descritos como antecedentes a, associados com, relacionados a, contribuintes para ou estimuladores"* (NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION, 2000: 144).

Foram considerados no presente estudo os diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados aprovados na 12ª Reunião da NANDA, em 1998, e traduzidas para o português por Jeanne Liliane Marlene Michel ((NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION, 2000). Acrescentou-se a estes, o diagnóstico 'risco para amamentação ineficaz', proposto por VALE (1999), que deve ser investigado desde o período pré-natal, a fim de serem tomadas medidas preventivas e os diagnósticos propostos por CARPENITO (1997, 1999), que não se encontram na classificação da NANDA, mas que são úteis para assistência do grupo em estudo (gestantes), a saber, 'conforto alterado' e 'risco para transmissão de infecção'.

**Problemas colaborativos:** *"são certas complicações fisiológicas que as enfermeiras monitoram para detectar o estabelecimento ou a modificação subsequente em seu estado. As enfermeiras controlam os problemas colaborativos, usando intervenções prescritas pelo médico e/ou ela própria, para minimizar as complicações dos eventos"* (CARPENITO, 1997: 46). Os problemas colaborativos iniciam com o título diagnóstico 'complicação potencial', este indica o foco da enfermagem para o problema colaborativo, que é reduzir a gravidade de certos fatores ou eventos fisiológicos. Foram considerados aqueles propostos por CARPENITO (1997, 1999) e acrescentados: 'CP: taquicardia materna' e 'CP: hipotensão', por serem relativamente frequentes em pacientes que usam drogas tocolíticas, por exemplo.

## **INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Foi elaborado um formulário (Anexo 1) com base na proposta dos Padrões Funcionais de Saúde de Gordon (GORDON, 1994). Optou-se por utilizar este modelo, porque permite a coleta de informações de forma organizada, facilitando a avaliação do estado de saúde e a identificação dos diagnósticos de enfermagem. Com a escolha desse modelo puderam-se identificar os dados de forma mais abrangente, evitando-se o enfoque apenas biomédico, que dificultaria a identificação das reais necessidades da cliente, e a perda de dados que poderiam ser fundamentais à assistência de enfermagem.

O formulário foi aplicado e não se identificou nenhuma dificuldade com sua utilização nas primeiras entrevistas realizadas e, por este motivo, ele não foi alterado.

## **COLETA DE DADOS**

Os dados foram coletados dentro das primeiras 24 horas após a internação da gestante. Foi estabelecido esse período de tempo para a coleta de dados, considerando-se a necessidade de estabelecer um plano inicial de atendimento às gestantes no momento em que são internadas, pois é quando a assistência deve ser priorizada, visando atender as necessidades mais imediatas da cliente.

## **ANÁLISE DOS DADOS**

Nas variáveis de caracterização da amostra foram calculadas as frequências absolutas e relativas e foram apresentadas em gráficos e tabelas. Foram ainda calculadas a média, mediana e moda da idade das gestantes.

Os diagnósticos médicos (clínicos e/ou obstétricos) foram distribuídos de acordo com frequência do diagnósticos e de acordo com a frequência de gestantes com o diagnóstico.

Com base nos dados obtidos, foram identificados os diagnósticos de enfermagem e os problemas colaborativos das gestantes de risco. Os diagnósticos de enfermagem e os problemas colaborativos foram determinados juntamente pela autora e duas especialistas em Enfermagem Obstétrica, com mais de cinco anos de experiência no uso dos diagnósticos de enfermagem da NANDA. Para a determinação desses, primeiramente foi entregue cópias dos formulários das gestantes entrevistadas para uma prévia análise, posteriormente foram realizadas reuniões, onde foram discutidos caso a caso para a determinação dos diagnósticos de enfermagem, excluindo-se aqueles para os quais não havia consenso quanto à suficiência de evidências (características definidoras).

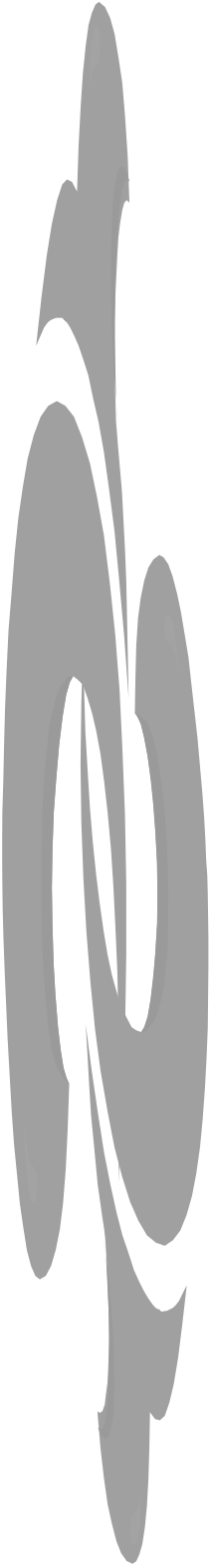
Os diagnósticos de enfermagem foram categorizados, de acordo com sua frequência, em: maior ou igual a 50%; menor que 50% e maior ou igual a 25%; menor que 25% e maior ou igual a 10% e menor que 10%.

A frequência absoluta e relativa dos diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos foram apresentados, considerando-se primeiramente a amostra como um todo e, posteriormente, de acordo com o diagnóstico médico (clínico e/ou obstétrico).

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Todas as participantes do estudo assinaram um termo de consentimento, livre e esclarecido (Anexo 2), com manutenção de sigilo e assegurando-lhes que a recusa em participar da pesquisa não traria prejuízos à sua assistência. Foram cumpridos os termos da Resolução 196 (de 10/10/1996), do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2001b).

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Real e Benemerita Sociedade Portuguesa de Beneficência - Hospital São Joaquim (CEPesq-BP), conforme Anexo 3.

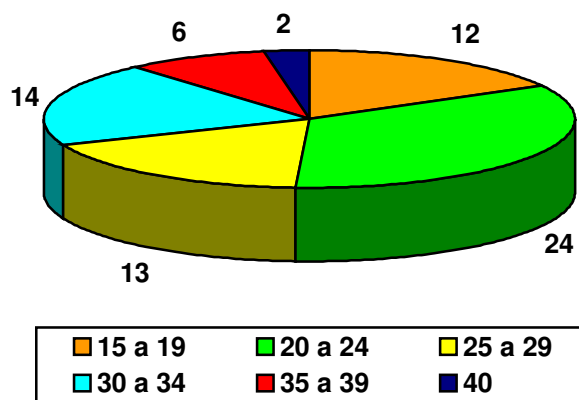


## ***RESULTADOS***

## CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

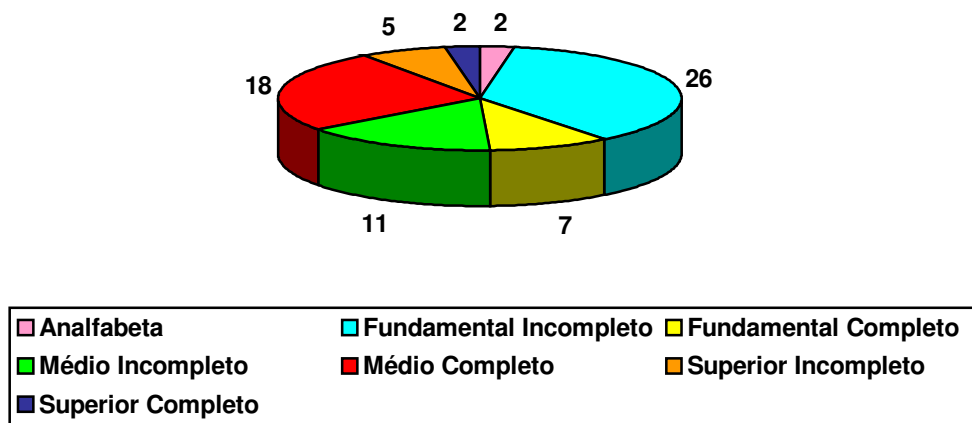
No período de abril a setembro de 2000, foram entrevistadas 71 gestantes de risco, que representaram 50% do total das gestantes de risco, que se encontravam internadas na Unidade de Internação do RBSPB - Hospital São Joaquim neste período.

Como se pode observar no **Gráfico 1**, cerca de 50% das gestantes eram jovens, isto é 12 gestantes (16,9%) eram adolescentes e 24 (33,8%) eram adultas jovens, na faixa dos 20 aos 24 anos. A menor idade (uma gestante) foi 15 anos e a maior idade (duas gestantes), 40 anos. A média de idade foi de 25,6 anos ( $\pm$  6,6 anos), com mediana de 24 anos e moda entre 20 e 21 anos e aos 30 anos.



**Gráfico 1:** Distribuição das gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, segundo a idade. São Paulo, 2000.

Quanto à escolaridade, de acordo com o **Gráfico 2**, 26 (36,6%) não haviam concluído o Ensino Fundamental e duas (2,8%) eram analfabetas. Uma gestante, natural da África, estudou por 13 anos em seu país de origem, considerou-se, pois, sua formação equivalente a de nível médio, que em nosso país é de 11 anos.



**Gráfico 2:** Distribuição das gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, segundo o nível de escolaridade. São Paulo, 2000.

Verifica-se pela **Tabela 1** que a maior parte das mulheres (58 ou 81,7%) tinha um parceiro com quem coabitava. Dentre as 12 gestantes que eram adolescentes, oito (66,7%) moravam com seus parceiros e quatro (33,3%) não. Dentre as demais gestantes, 50 (84,7%) moravam com seu parceiro e sete (11,9%), não.

**Tabela 1:** Distribuição das gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, segundo a situação conjugal São Paulo, SP, 2000.

Situação conjugal	A		B		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tem parceiro e vive junto	08	66,7	50	84,7	58	81,7
Tem parceiro e não vive junto	04	33,3	07	11,9	11	15,5
Não tem parceiro	-	-	02	3,4	02	2,8
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>

Legenda: **A:** Adolescente; **B:** Adulta



No que se refere à atividade profissional, de estudo ou ocupação, 29 (40,8%) gestantes trabalhavam fora do lar e exerciam profissões ou ocupações diversas, como pode ser observado na **Tabela 2**. Entre as sete gestantes que estudavam, seis, além do estudo, realizavam atividades domésticas e nenhuma trabalhava fora do lar. Vale ressaltar que dentre as 29 gestantes internadas devido a trabalho de parto prematuro 14 (48,3%) trabalhavam fora do lar.

**Tabela 2:** Distribuição das gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, segundo a ocupação. São Paulo, 2000.

Ocupação	n	%
Do lar	35	49,3
Estudante	07	9,9
Vendedora/Balconista/Caixa/Comerciante	07	9,9
Faxineira/Auxiliar de Limpeza/Empregada doméstica	06	8,5
Auxiliar Administrativo/Recepcionista	05	7,0
Auxiliar Enfermagem	03	4,2
Metalúrgica	01	1,4
Costureira	01	1,4
Garçonete	01	1,4
Camareira	01	1,4
Florista	01	1,4
Bancária	01	1,4
Cabeleireira	01	1,4
Acompanhante de idosos	01	1,4
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>

## HISTÓRIA OBSTÉTRICA

Em relação ao número de gestações, 25 (35,2%) estavam grávidas pela primeira vez (primigestas) e 46 (64,8%) eram multigestas, sendo que cinco (7,0%) engravidaram cinco ou mais vezes. Dentre as gestantes adolescentes, nove (75%) eram primigestas e três (25%) eram multigestas, sendo que duas encontravam-se em sua segunda gestação e uma, com 19 anos, na quarta gestação (**Tabela 3**).

**Tabela 3:** Distribuição das gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, segundo o número de gestações. São Paulo, 2000.

Número de gestações	A		B		Total	
	n	%	n	%	n	%
1	09	75,0	16	27,1	25	35,2
2	02	16,7	18	30,6	20	28,2
3	-	-	11	18,6	11	15,5
4	01	8,3	09	15,2	10	14,1
5	-	-	02	3,4	02	2,8
6	-	-	01	1,7	01	1,4
8	-	-	01	1,7	01	1,4
10	-	-	01	1,7	01	1,4
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>

Legenda: **A:** Adolescente; **B:** Adulta

Entre as gestantes estudadas observamos que 46 tiveram partos e/ou abortos anteriores. Na **Tabela 4** verificamos que 28 gestantes (60,9%) tiveram partos anteriores sem outra ocorrência concomitante, 12 casos (26,1%) tiveram parto e aborto em sua história obstétrica pregressa e seis casos (13,0%) apresentaram somente abortos.

**Tabela 4:** Distribuição das gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, segundo o resultado das gestações anteriores. São Paulo, 2000.

Resultado das gestações anteriores	A		B		Total	
	n	%	n	%	n	%
Parto	2	66,7	26	60,5	28	60,9
Aborto	1	33,3	5	11,6	6	13,0
Parto + aborto	-	-	12	27,9	12	26,1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>

Legenda: **A:** Adolescente; **B:** Adulta

A distribuição das 40 gestantes que tiveram partos anteriores de acordo com o tipo e número de partos anteriores é apresentada na **Tabela 5**. Sete gestantes (17,5%) experienciaram mais de um tipo de parto. Considerando-se o total de partos (75), verifica-se que 45 partos (60%) foram via vaginal (42 normais e três fórceps) e 30 (40%) foram cesáreas. Dentre as adolescentes podemos verificar maior frequência de partos normais.

**Tabela 5:** Distribuição das gestantes de risco da unidade da internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, que tiveram partos anteriores, segundo o tipo e número de partos anteriores. São Paulo, 2000.

<b>Tipo de parto</b>	<b>Número de partos</b>	<b>A</b>	<b>%</b>	<b>B</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Parto normal (PN)	1	-	-	11	28,9	11	27,5
	2	-	-	03	7,9	03	7,5
	3	01	50	02	5,3	03	7,5
Parto cesárea (PC)	1	01	50	10	26,4	11	27,5
	2	-	-	03	7,9	03	7,5
	3	-	-	01	2,6	01	2,5
Parto fórceps (PF)	1	-	-	01	2,6	01	2,5
PN +PC	1PN + 2PC	-	-	01	2,6	01	2,5
	2PN + 1PC	-	-	04	10,6	04	10,0
PN+ PC +PF	5PN + 1PC + 1PF	-	-	01	2,6	01	2,5
	2PN + 3PC + 1PF	-	-	01	2,6	01	2,5
<b>Total</b>		<b>02</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Legenda: **A:** Adolescente; **B:** Adulta

Em relação ao tipo e número de aborto anteriores podemos observar, na **Tabela 6**, que dentre as 18 gestantes com história de aborto, 14 tiveram somente abortos espontâneos (78,0%), uma teve aborto provocado e três (16,5%) tiveram os dois tipos de aborto. Entre as adolescentes, a única que teve aborto, foi de forma espontânea.

**Tabela 6:** Distribuição das gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, que tiveram aborto anterior, segundo o tipo e número de abortos anteriores. São Paulo, 2000.

Tipo de Aborto	Número de Abortos	A		B		Total	
		n	%	n	%	n	%
Aborto espontâneo(AE)	1	01	100,0	11	64,7	12	66,8
	2	-	-	02	11,7	02	11,2
Aborto provocado (AP)	1	-	-	01	5,9	01	5,5
AP + AE	1AP + 1AE	-	-	01	5,9	01	5,5
	2AP + 2AE	-	-	01	5,9	01	5,5
	1AP + 2AE	-	-	01	5,9	01	5,5
<b>Total</b>		<b>01</b>	<b>100,0</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Legenda: **A:** Adolescente; **B:** Adulta

## HISTÓRIA OBSTÉTRICA ATUAL

Na **Tabela 7**, são apresentadas as frequências dos diagnósticos médicos (clínicos e/ou obstétricos) encontrados no grupo estudado. O trabalho de parto prematuro foi o que teve maior incidência com 29 (40,8%) casos, sendo que em nove gestações estava associado a outros diagnósticos médicos.

Nove (12,7%) gestantes tinham doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e seis (8,5%), o diagnóstico de hipertensão, que em apenas um caso foi especificado como hipertensão arterial sistêmica. Optou-se por agrupar todos os casos em uma só categoria uma vez que não foi possível especificar o tipo de hipertensão. Assim, verificou-se que 15 gestantes (21,1%) apresentaram DHEG/hipertensão.

A amniorrexe prematura esteve presente em nove casos (12,7%), uma das vezes associada ao trabalho de parto prematuro e, em outra, a oligoâmnio.

A Infecção do trato urinário foi constatada em quatro casos (5,6%) e houve três casos de pielonefrite (4,2%).

Considerou-se como 'diagnóstico a esclarecer' os casos nos quais haviam várias hipóteses diagnósticas, sem nenhum diagnóstico definido até o momento da entrevista.

Vale ressaltar que o total de diagnósticos foi igual a 84 visto que na amostra estudada haviam gestantes com mais de um diagnóstico médico (clínico e/ou obstétrico).

**Tabela 7:** Diagnósticos clínicos e obstétricos das gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim. São Paulo, SP, 2000.

<b>Diagnósticos clínicos e obstétricos</b>	<b>n</b>	<b>%*</b>	<b>%**</b>
Trabalho de parto prematuro	29	34,4	40,8
Doença hipertensiva específica da gestação/hipertensão	15	17,8	21,1
Aminiorrexe prematura	09	10,7	12,7
Infecção do trato urinário	04	4,7	5,6
Pielonefrite	03	3,6	4,2
Ameaça de aborto	03	3,6	4,2
Malformação fetal	03	3,6	4,2
Hiperêmese gravídica	02	2,4	2,8
Incompetência istmo-cervical	02	2,4	2,8
Diagnóstico a esclarecer	02	2,4	2,8
Diabetes	02	2,4	2,8
Oligoâmnio	02	2,4	2,8
Coriorexe	01	1,2	1,4
Retardo de crescimento intra-útero	01	1,2	1,4
Gemelaridade	01	1,2	1,4
Placenta prévia	01	1,2	1,4
Infecção pelo papiloma vírus humano	01	1,2	1,4
Cardiopatía fetal	01	1,2	1,4
Neoplasia tubária	01	1,2	1,4
Bartolinite	01	1,2	1,4
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\* % do diagnóstico

\*\* % de gestantes com o diagnóstico

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Os diagnósticos de enfermagem, as características definidoras e os fatores de risco foram agrupados de acordo com os Padrões de Respostas Humanas da NANDA (Anexo 4) e definidos de acordo com a *NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION* (2000).

Em relação ao padrão TROCAR ("*um padrão de resposta humano que envolve dar e receber mútuos*") (**Tabela 8**), o diagnóstico de maior frequência foi 'risco para infecção' ("*estado no qual um indivíduo corre um risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos*") com 64 casos (90,1%), tendo como fator de risco mais frequente os procedimentos invasivos que são frequentemente realizados durante o período de internação, como os acessos venosos. Outros fatores de risco foram a rotura prematura das membranas amnióticas e a presença de doenças crônicas como o diabetes.

O diagnóstico 'nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais' ("*estado no qual um indivíduo está experimentando uma ingestão de nutrientes que excede as necessidades metabólicas*") esteve presente em 24 casos (33,8%) e a 'nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais' ("*estado no qual um indivíduo está experimentando uma ingestão de nutrientes insuficiente para satisfazer as necessidades metabólicas*") em 13 casos (18,3%), tendo como característica definidora peso acima/abaixo, respectivamente, do ideal para a idade gestacional.

O diagnóstico 'dentição alterada' ("*distúrbio nos padrões de desenvolvimento/erupção de um dente ou da integridade estrutural dos dentes de um indivíduo*") foi determinado em 20 casos (28,2%).

O diagnóstico 'eliminação urinária alterada' ("*estado no qual um indivíduo experimenta um distúrbio na eliminação urinária*") teve como características definidoras a frequência, nictúria e a disúria e, como fator relacionado, as alterações gravídicas, a infecção do trato urinário e a pielonefrite.

O diagnóstico 'constipação' ("*uma diminuição na frequência normal de evacuação de uma pessoa, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes e/ou passagem de fezes excessivamente duras e secas*") apresentou como fator relacionado as alterações gravídicas e a ingesta insuficiente de líquidos e de fibras.

Em relação ao diagnóstico 'risco para déficit do volume de líquidos' ("*estado no qual um indivíduo está sob risco de experimentar desidratação vascular, celular ou intracelular*") o fator relacionado foi a êmese apresentada pelas gestantes em três casos de hiperêmese gravídica, sendo que em um deles o diagnóstico ainda não estava definido.

O diagnóstico 'excesso de volume de líquido' ("*estado no qual um indivíduo experimenta uma retenção aumentada de líquidos isotônicos*"), esteve presente em alguns casos de DHEG e hipertensão, devido ao aumento na pressão arterial e presença de edema. A 'integridade da pele prejudicada' ("*estado no qual indivíduo tem a epiderme e/ou a derme alteradas*") foi determinada nos casos de pacientes que apresentaram escoriações, as quais necessitaram do cuidado de enfermagem para a sua melhora.

O diagnóstico 'risco para transmissão de infecção' ("*estado em que o indivíduo está em risco para transferir um agente oportunista ou patogênico para os outros*" - CARPENITO, 1997: 365) foi evidenciado somente em uma gestante que era portadora de vírus do papiloma humano.

**Tabela 8:** Diagnósticos de enfermagem e características definidoras do padrão TROCAR entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim. São Paulo, 2000.

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Característica definidora/Fator de risco	n	%
• Risco para infecção	64	90,1	• Procedimentos invasivos	64	90,1
			• Ruptura das membranas amnióticas	09	12,7
			• Doença crônica	02	2,8
			• Peso acima do ideal para idade gestacional*	24	33,8
• Nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais	24	33,8	• Cáries na parte superior do dente	20	28,2
			• Dentes faltando	05	7,0
• Dentição alterada	20	28,2	• Disúria	12	16,9
• Eliminação urinária alterada	20	28,2	• Frequência	07	9,9
			• Nictúria	02	2,8
			• Peso corporal abaixo do ideal para idade gestacional*	13	18,3
			• Frequência diminuída	07	9,9
• Nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais	13	18,3	• Mudança no padrão intestinal	05	7,0
			• Fezes duras e secas	02	2,8
			• Alterações da pressão arterial	03	4,2
• Constipação	09	12,7	• Edema	03	4,2
			• Dispneia	01	1,4
			• Perdas excessivas por vias normais	03	4,2
• Excesso de volume de líquidos	03	4,2	• Destrução de camadas da pele	02	2,8
• Risco para déficit no volume de líquidos	03	4,2	• Rompimento da superfície da pele	02	2,8
			• Presença vírus papiloma humano no canal de parto	01	1,4
• Integridade da pele prejudicada	02	2,8			
• Risco para transmissão de infecção**	01	1,4			

\*Modificado em relação à classificação diagnóstica da NANDA (2000).

\*\*Diagnóstico de enfermagem que atualmente não está na lista da NANDA, mas é referenciado por CARPENITO (1997, 1999).

No padrão COMUNICAR (*"um padrão de resposta humana que envolve enviar mensagens"*), o diagnóstico de enfermagem 'comunicação verbal prejudicada' (*"estado no qual um indivíduo experimenta uma habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos; qualquer coisa que tenha significado, ou seja, transmita significado"*) foi identificado em apenas um caso. Entretanto, este diagnóstico é importante no hospital em questão, uma vez que ele está localizado na área central da cidade de São Paulo, onde existem muitos bairros que são habitados predominantemente por pessoas de países como Japão, Coréia, China e outros que não falam a língua portuguesa ou expressam-se com dificuldade em português. De fato, a diferença cultural foi o fator relacionado a um único caso encontrado, que teve como característica definidora 'incapacidade de falar a língua dominante'.

No padrão RELACIONAR (*"um padrão de resposta humana que envolve o estabelecimento de laços"*) (**Tabela 9**), o diagnóstico mais freqüente foi 'padrões de sexualidade alterados' (*"estado no qual um indivíduo expressa preocupação em relação à sua sexualidade"*) com 37 casos (52,1%). O diagnóstico 'risco para paternidade/maternidade alterados' (*"risco de incapacidade do cuidador primário para criar, manter ou reaver um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança"*) foi identificado em 12 casos (16,9%), evidenciado por diferentes características definidoras. Neste diagnóstico não houve consenso das especialistas em dois casos analisados, visto que uma delas considerou os dados incompletos e não consistentes para a determinação do diagnóstico, e outra, considerou que as características definidoras encontradas eram suficientes para a determinação do diagnóstico. Então, optou-se por não incluir esses dois casos.

O diagnóstico 'processos familiares alterados: alcoolismo' (*"estado no qual as funções psicossociais, espirituais e fisiológicas da unidade familiar estão cronicamente desorganizadas, levando ao conflito, à negação de problemas, à resistência a mudanças, à resolução ineficaz de problemas e a uma série de crises autopetruadas"*) foi identificado em um caso, no qual havia história familiar de alcoolismo.

O diagnóstico 'risco para vínculo pais/filhos alterado' (*"distúrbio do processo interativo entre pais/pessoa significativa e a criança que leva ao desenvolvimento de uma relação recíproca de proteção e cuidado"*) foi identificado em dois casos (2,8%): o



primeiro caso tinha como características definidoras 'criança doente que é incapaz de iniciar efetivamente contato com os pais devido à organização comportamental' e 'separação', já que, ao nascimento, o bebê ficaria internado por longo período, por apresentar várias malformações e possíveis problemas graves de saúde, que comprometeriam seu desenvolvimento (esses problemas foram determinados antes do nascimento pelo exame de ultra-sonografia); o segundo caso tinha como característica definidora 'separação', pois tratava-se de um feto com diagnóstico pré-natal de cardiopatia e que, após o nascimento, ficaria internado para tratamento.

**Tabela 9:** Diagnósticos de enfermagem e características definidoras do padrão RELACIONAR entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim. São Paulo, 2000.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Característica definidora/Fator de risco</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
• Padrões de sexualidade alterados	37	52,1	• Dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais	37	52,1
• Risco para paternidade ou maternidade alterada	12	16,9	• Gravidez não planejada ou não desejada	10	14,1
			• Pais solteiros	08	11,3
			• Dificuldades financeiras	03	4,2
			• Falta de assistência pré-natal	03	4,2
			• Conflito matrimonial	02	2,8
			• Falta de rede social de apoio	01	1,4
			• Classe socioeconômica baixa	01	1,4
			• Fracas habilidades na resolução de problemas	01	1,4
			• Grande número de filhos em pequenos intervalos	01	1,4
			• História de abuso ou dependência de substâncias	01	1,4
			• Pai não envolvido	01	1,4
			• Baixo nível educacional	01	1,4
			• (Alta possibilidade de) nascimento prematuro*	01	1,4
• Risco para vínculo pais/filhos alterado	02	2,8	• Criança doente que é incapaz de iniciar efetivamente contato com os pais devido a organização comportamental	01	1,4
			• Separação	02	2,8
• Processos familiares alterados: alcoolismo	01	1,4	• Deterioração nos relacionamentos familiares/distúrbios nas dinâmicas familiares	01	1,4
			• Abuso de álcool	01	1,4

\*Modificado em relação à classificação diagnóstica da NANDA (2000).

Em relação ao padrão VALORIZAR (*"um padrão de resposta humana que envolve a atribuição de valor relativo"*), não foi possível identificar nenhum diagnóstico de enfermagem. Em 11 casos (15,5%), foram relatadas pelas gestantes atividades e práticas religiosas, como: ajuda em campanhas, lecionar, ir a missa/culto, realizar ato colaborativo para com igreja, novena, entre outros. Essas atividades foram interrompidas pela internação, porém nenhuma delas colocou que esse fato estaria afetando sua religiosidade/crença ou relatou estar preocupada com essa possibilidade. Nenhuma gestante relatou conflitos de valores, crenças ou expectativas que estivessem relacionadas à sua saúde. A entrevista foi realizada dentro das primeiras 24 horas, um período muito curto para que houvesse interferência em alguma prática religiosa exercida pela gestante e, por outro lado, os problemas de saúde, na maioria dos casos, restringiam-se ao período de gravidez, o que dificilmente iria interferir em planos para o futuro.

No padrão ESCOLHER (*"um padrão de resposta humana que envolve a seleção de alternativas"*) (**Tabela 10**), o diagnóstico 'enfrentamento individual ineficaz' (*"incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos estressores, escolhas inadequadas das respostas praticadas, e/ou incapacidade para utilizar os recursos disponíveis"*) apareceu somente em três casos (4,2%), tendo como principais características definidoras, presentes em todos os casos, 'distúrbio do sono' e 'uso diminuído do suporte social'. Em dois dos casos analisados, não pode ser determinado esse diagnóstico por falta de consistência nos dados.

**Tabela 10:** Frequência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem 'enfrentamento individual ineficaz' do padrão ESCOLHER entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim. São Paulo, 2000.

Diagnóstico de enfermagem	n	%	Característica definidora	n	%
• Enfrentamento individual Ineficaz	03	4,2	• Distúrbio do sono	03	4,2
			• Uso diminuído do suporte social	03	4,2
			• Resolução de problemas inadequada	02	2,8
			• Verbalização de incapacidade de enfrentamento ou incapacidade de pedir ajuda	02	2,8
			• Abuso de agentes químicos	01	1,4
			• Falta de comportamento direcionado a objetivos/resolução de problemas	01	1,4
			• Comportamento destrutivo em relação a si ou a outros	01	1,4
			• Incapacidade de atender a expectativas	01	1,4

Em relação ao padrão MOVER (*"um padrão de resposta humana que envolve atividade"*) (**Tabela 11**), o diagnóstico 'manutenção da saúde alterada' (*"incapacidade de identificar, controlar e/ou buscar ajuda para manter a saúde"*) foi identificado em 60 casos (84,5%). Para a análise, estabeleceram-se alguns parâmetros para se poder determinar esse diagnóstico. Como os sujeitos do estudo eram mulheres, considerou-se 'manutenção da saúde alterada', quando a gestante não relatou auto-exame das mamas, exames de prevenção de câncer e exames de saúde periódicos.

O diagnóstico 'risco para amamentação ineficaz' (*"estado em que mãe ou bebê apresentam maior vulnerabilidade para dificuldade na amamentação"* -VALE, 1999: 84) foi encontrado em 42 casos (59,2%), tendo como principal característica definidora a falta de convicção a respeito da decisão de amamentar na gestação atual.

Foi levantado o diagnóstico 'fadiga' (*"uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual"*) que apresentou como fator relacionado o estado de saúde que a gestante estava apresentando e a própria gravidez.

O diagnóstico 'distúrbio no padrão de sono',(*"desordem com tempo limitado na quantidade ou qualidade do sono"*) foi encontrado em 29 casos (40,8%) e considerado presente, quando a mulher referia apresentar 'queixas verbais de não sentir-se bem descansada', 'insatisfação com o sono', 'despertares' e 'queixas verbais de dificuldades para adormecer', sendo que em um caso o fator relacionado foi o fato de o bebê 'mexer muito'.

Os diagnósticos 'déficit no autocuidado para banho/higiene' (*"capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho/higiene por si mesmo"*) e 'déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se' (*"uma capacidade prejudicada de realizar ou completar atividades de vestir-se e arrumar-se por si mesmo"*) tiveram, como fator relacionado, a prescrição médica de repouso absoluto, ou seja, a restrição ao leito imposta pelo médico.

O diagnóstico 'risco para desenvolvimento alterado' (*"risco de retardo de 25% ou mais em uma ou mais áreas do comportamento social ou auto-regulador, ou das habilidades cognitivas, de linguagem, motoras grossas ou finas"*) esteve presente em um caso onde as características definidoras foram a gravidez não planejada e distúrbios congênitos (do feto).

**Tabela 11:** Diagnósticos de enfermagem e características definidoras do padrão MOVER entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim. São Paulo, 2000.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Característica definidora/Fator de risco</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
• Manutenção da saúde alterada	60	84,5	• História de ausência de comportamento de busca da saúde	60	84,5
			• Falta demonstrada de conhecimento com relação a práticas básicas de saúde	44	62,0
			• Incapacidade relatada ou observada de assumir a responsabilidade de atender a práticas básicas de saúde em uma ou todas as áreas dos padrões funcionais	03	4,2
• Risco para amamentação ineficaz*	42	59,2	• Falta de convicção a respeito da decisão de amamentar ou não	40	56,3
			• Exercício de trabalho pela mulher que não permite a continuidade da amamentação sem introdução de outro tipo de leite	02	2,8
• Distúrbio no padrão de sono	29	40,8	• Queixas verbais de não sentir-se bem descansada	29	40,8
			• Insatisfação com o sono	24	33,8
			• Despertares	17	23,9
			• Queixas verbais de dificuldades para adormecer	16	22,5
• Fadiga	12	16,9	• Incapacidade de manter rotinas habituais	12	16,9
• Déficit no autocuidado para banho/higiene	01	1,4	• Incapacidade de lavar o corpo ou partes do corpo	01	1,4
• Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	01	1,4	• Incapacidade de colocar roupas na parte superior/inferior do corpo	01	1,4
			• Incapacidade para remover roupas	01	1,4
• Risco para desenvolvimento alterado	01	1,4	• Gravidez não planejada	01	1,4
			• Distúrbios congênitos (feto)	01	1,4

\* Diagnóstico de enfermagem que atualmente não está na lista da NANDA, mas é referenciado por CARPENITO (1997, 1999) e foi estudado por VALE (1999).

No padrão PERCEBER (*"um padrão de resposta humana que envolve a recepção de informações"*), foi determinado o diagnóstico 'distúrbio na auto-estima' (*"auto-avaliação/sentimentos negativos em relação a si mesmo ou às suas capacidades, que podem ser expressos direta o indiretamente"*) em um caso, caracterizado por 'verbalização autonegativa' e 'projeção de culpa/ responsabilidade por problemas'.

No padrão CONHECER (*"um padrão de resposta humana que envolve o significado associado com a informação"*) (**Tabela 12**), o diagnóstico 'déficit de conhecimento' (*"ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a tópico específico"*) foi identificado em sete casos (9,9%). As gestantes referiram falta de conhecimento sobre o tratamento e manejo do problema de saúde. A maioria das gestantes referiu corretamente o motivo da internação.

**Tabela 12:** Frequência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem 'déficit de conhecimento' do padrão CONHECER entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim. São Paulo, 2000.

Diagnóstico de enfermagem	n	%	Característica definidora	n	%
• Déficit de conhecimento	07	9,9	• Verbalização do problema	07	9,9
- sobre a doença	03	4,2			
- sobre o tratamento	01	1,4			
- sobre o estado de saúde atual	01	1,4			
- sobre o quadro clínico, manejo do problema de saúde	01	1,4			
- sobre o conhecimento e a utilização de métodos anticoncepcionais	01	1,4			

Quanto ao padrão SENTIR (*"um padrão de resposta humana que envolve a consciência subjetiva das informações"*) (**Tabela13**), o diagnóstico 'conforto alterado' (*"estado no qual o indivíduo apresenta uma sensação desconfortável em resposta a um estímulo nocivo"* - CARPENITO, 1997:162) foi identificado em 57 casos (80,3%) e as evidências foram as queixas de dispnéia, vertigem, pirose, câibras e outras. Em todos os casos, os fatores relacionados foram as alterações gravídicas.

Observou-se que 37 (52,1%) das gestantes demonstraram preocupação em relação a si própria e ao bebê, identificando-se nelas o diagnóstico 'medo' ("*é a ansiedade causada por um perigo conscientemente reconhecido e real. É uma ameaça percebida, real ou imaginária. Operacionalmente, medo é a presença de sentimento imediato de apreensão e pavor; fonte conhecida e específica; respostas subjetivas que atuam como energizadores, mas não podem ser observadas; sinais objetivos que são o resultado da transformação de energia em comportamentos de alívio e respostas*").

O diagnóstico 'náusea' ("*uma sensação desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, epigástrico ou através do abdômen, que pode ou não levar ao vômito*"), esteve presente em 21 casos (29,6%), que é considerado um fenômeno comum na gravidez.

A 'dor' ("*uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou parcial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com um término antecipado ou previsível e uma duração de menos de seis meses*"), identificada em 36 casos (50,7%), teve, como fator relacionado, queixas de lombalgia, a presença de contrações uterinas e, em um caso, a ocorrência de bartolinite, inflamação da glândula de Bartholin, que é um processo muito doloroso.

**Tabela13:** Diagnósticos de enfermagem e características definidoras do padrão SENTIR entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim. São Paulo, 2000.

Diagnóstico de enfermagem	n	%	Característica definidora	n	%
• Conforto alterado*	57	80,3	• A pessoa relata ou demonstra desconforto	57	80,3
• Medo	37	52,1	• Identifica objeto de medo	37	52,1
			• Preocupação	37	52,1
• Dor	36	50,7	• Comportamento expressivo	36	50,7
			• Relato verbal	36	50,7
• Náusea	21	29,6	• Relato de náusea	21	29,6
			• Normalmente precede de vômito, mas pode ser experimentada após vomitar ou quando o vômito não ocorre	10	14,1

\*Diagnóstico de enfermagem que atualmente não está na lista da NANDA, mas é referenciado por CARPENITO (1997, 1999).

Todos os diagnósticos de enfermagem encontrados na amostra estudada são apresentados na **Tabela 14**, totalizando 28 diagnósticos, agrupados de acordo com intervalos de frequência, a saber: maior que 50%, menor que 50% e maior ou igual a 25%, menor que 25% e maior ou igual a 10% e menor que 10%.

**Tabela 14:** Frequência dos diagnósticos de enfermagem identificados entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, de acordo com intervalos de frequência (n=71). São Paulo, 2000.

Intervalos de frequência	Diagnósticos de enfermagem	N	%
> 50%	• Risco para infecção	64	90,1
	• Manutenção da saúde alterada	60	84,5
	• Conforto alterado	57	80,3
	• Risco para amamentação ineficaz	42	59,2
	• Padrões de sexualidade alterados	37	52,1
	• Medo	37	52,1
	• Dor	36	50,7
> 25% e < 50%	• Distúrbio no padrão de sono	29	40,8
	• Nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais	24	33,8
	• Náusea	21	29,6
	• Dentição alterada	20	28,2
	• Eliminação urinária alterada	20	28,2
> 10% e < 25%	• Nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais	13	18,3
	• Risco para paternidade ou maternidade alterada	12	16,9
	• Fadiga	12	16,9
	• Constipação	09	12,7
< 10%	• Déficit de conhecimento	07	9,9
	• Excesso de volume de líquidos	03	4,2
	• Risco para déficit do volume de líquidos	03	4,2
	• Enfrentamento individual ineficaz	03	4,2
	• Risco para vínculo pais/ filhos alterado	02	2,8
	• Integridade da pele prejudicada	02	2,8
	• Comunicação verbal prejudicada	01	1,4
	• Processos familiares alterados: alcoolismo	01	1,4
	• Déficit no autocuidado para banho/higiene	01	1,4
	• Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	01	1,4
	• Risco para desenvolvimento alterado	01	1,4
	• Distúrbio na auto-estima	01	1,4
• Risco para transmissão de infecção	01	1,4	

Considerando-se os diagnósticos médicos (clínicos e/ou obstétricos) mais frequentes, procurou-se identificar a frequência dos diagnósticos de acordo com os mesmos.

Os diagnósticos de enfermagem identificados nos casos de trabalho de parto prematuro (29 casos) são apresentados na **Tabela 15**. Foram constatados os seguintes diagnósticos de enfermagem com frequência superior a 50%: 'risco para infecção', 'manutenção da saúde alterada', 'conforto alterado', 'risco para amamentação ineficaz', 'padrões de sexualidade alterados', 'medo' e 'dor'. O diagnóstico 'distúrbio no padrão do sono', foi identificado em 13 gestantes (44,8%), sendo que oito (61,5%) apresentaram concomitante o diagnóstico 'dor'.

**Tabela 15:** Frequência dos diagnósticos de enfermagem dos casos de trabalho de parto prematuro entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim (n=29). São Paulo, 2000.

Diagnóstico de enfermagem	n	%
• Risco para infecção	27	93,1
• Manutenção da saúde alterada	24	82,8
• Conforto alterado*	23	79,3
• Risco para amamentação ineficaz**	21	72,4
• Dor	20	69,0
• Padrões de sexualidade alterados	19	65,5
• Medo	17	58,6
• Distúrbio no padrão do sono	13	44,8
• Eliminação urinária alterada	09	31,0
• Dentição alterada	08	27,6
• Nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais	08	27,6
• Nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais	07	24,1
• Risco para paternidade/maternidade alterada	06	20,7
• Náusea	06	20,7
• Fadiga	04	13,8
• Déficit de conhecimento	03	10,3
• Constipação	02	6,9
• Enfrentamento individual ineficaz	01	3,4
• Déficit no autocuidado para banho/higiene	01	3,4
• Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	01	3,4

\*Diagnóstico de enfermagem que atualmente não está na lista da NANDA, mas é referenciado por CARPENITO (1997, 1999).

\*\*Diagnóstico de enfermagem que atualmente não está na lista da NANDA, mas é referenciado por CARPENITO (1997, 1999) e foi estudado por VALE (1999).



Os diagnósticos de enfermagem dos casos de DHEG e hipertensão, (15 casos) são apresentados na **Tabela 16**, os que apresentaram frequência maior que 50% são: 'risco para infecção', 'manutenção da saúde alterada', 'conforto alterado' e 'nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais'.

**Tabela 16:** Frequência dos diagnósticos de enfermagem dos casos de DHEG/hipertensão entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim (n=15). São Paulo, 2000.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
• Risco para infecção	13	86,6
• Manutenção da saúde alterada	13	86,6
• Conforto alterado*	12	80,0
• Nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais	12	80,0
• Medo	07	46,6
• Risco para amamentação ineficaz**	06	40,0
• Distúrbio no padrão de sono	06	40,0
• Padrões de sexualidade alterados	06	40,0
• Dentição alterada	05	33,3
• Náusea	04	26,6
• Dor	04	26,6
• Excesso de volume de líquidos	03	20,0
• Eliminação urinária alterada	03	20,0
• Risco para paternidade/maternidade alterada	02	13,3
• Fadiga	02	13,3
• Constipação	01	6,6
• Integridade da pele prejudicada	01	6,6

\*Diagnóstico de enfermagem que atualmente não está na lista da NANDA, mas é referenciado por CARPENITO (1997, 1999).

\*\*Diagnóstico de enfermagem que atualmente não está na lista da NANDA, mas é referenciado por CARPENITO (1997, 1999) e foi estudado por VALE (1999).

Os diagnósticos de enfermagem dos casos de amniorrexe prematura (nove casos) são apresentados na **Tabela 17**. Os diagnósticos com frequência superior a 50% foram: 'risco para infecção', 'manutenção da saúde alterada', 'conforto alterado', 'medo', 'risco para amamentação ineficaz' e 'distúrbio no padrão de sono'.

**Tabela 17:** Frequência dos diagnósticos de enfermagem dos casos de amniorrexe prematura entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim (n=9). São Paulo, 2000.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
• Risco para infecção	09	100,0
• Manutenção da saúde alterada	08	88,9
• Medo	08	88,9
• Risco para amamentação ineficaz**	07	77,8
• Conforto alterado*	07	77,8
• Distúrbio no padrão do sono	06	66,7
• Dor	05	55,6
• Constipação	03	33,3
• Déficit de conhecimento	03	33,3
• Padrões de sexualidade alterados	03	33,3
• Eliminação urinária alterada	02	22,2
• Nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais	02	22,2
• Nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais	02	22,2
• Risco para paternidade/maternidade alterada	02	22,2
• Náusea	02	22,2
• Enfrentamento individual ineficaz	01	11,1
• Fadiga	01	11,1

\*Diagnóstico de enfermagem que atualmente não está na lista da NANDA, mas é referenciado por CARPENITO (1997, 1999).

\*\*Diagnóstico de enfermagem que atualmente não está na lista da NANDA, mas é referenciado por CARPENITO (1997, 1999) e foi estudado por VALE (1999).

Os diagnósticos de enfermagem dos casos de à infecção do trato urinário (quatro casos) e pielonefrite (três casos) são apresentados da **Tabela 18**. Os diagnósticos com frequência maior que 50% foram: 'risco para infecção', 'manutenção das saúde alterada', 'conforto alterado' e 'eliminação urinária alterada'.

**Tabela 18:** Frequência dos diagnósticos de enfermagem dos casos de infecção do trato urinário/pielonefrite entre gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim (n=7). São Paulo, 2000.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
• Manutenção da saúde alterada	07	100,0
• Conforto alterado*	06	85,7
• Eliminação urinária alterada	05	71,4
• Risco para infecção	05	71,4
• Risco para amamentação ineficaz**	03	42,8
• Dor	03	42,8
• Padrão de sexualidade alterado	03	42,8
• Nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais	03	42,8
• Dentição alterada	02	28,5
• Déficit de conhecimento	02	28,5
• Distúrbio no padrão do sono	01	14,2
• Náusea	01	14,2
• Risco para paternidade/maternidade alterada	01	14,2
• Constipação	01	14,2
• Integridade da pele prejudicada	01	14,2
• Risco para transmissão de infecção*	01	14,2
• Fadiga	01	14,2

\*Diagnóstico de enfermagem que atualmente não está na lista da NANDA, mas é referenciado por CARPENITO (1997, 1999).

\*\*Diagnóstico de enfermagem que atualmente não está na lista da NANDA, mas é referenciado por CARPENITO (1997, 1999) e foi estudado por VALE (1999).

## PROBLEMAS COLABORATIVOS

Tendo como base os quadros clínicos ou obstétricos, foram determinados os problemas colaborativos, sendo que os mais frequentes foram: 'CP: trabalho de parto prematuro', com 44 casos (61,9%); 'CP: taquicardia materna' e 'CP: hipotensão', com 39 casos (54,9%) cada um e 'CP: sofrimento fetal', com 27 casos (38%), conforme podemos observar na **Tabela 19**.

**Tabela 19:** Frequência dos problemas colaborativos apresentados pelas gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim. São Paulo, 2000.

Problema Colaborativo	n	%
CP: Trabalho de parto prematuro	44	62,0
CP: Taquicardia materna*	39	54,9
CP: Hipotensão*	39	54,9
CP: Sofrimento fetal	27	38,0
CP: Insuficiência renal	18	25,4
CP: Hipertensão	16	22,5
CP: Convulsão	15	21,1
CP: Proteinúria	15	21,1
CP: Perturbação visual	15	21,1
CP: Abortamento	03	4,2
CP: Ruptura das membranas amnióticas	03	4,2
CP: Hiperglicemia/hipoglicemia	02	2,8
CP: Sangramento pré-natal	01	1,4
CP: Hemorragia pós-parto	01	1,4

\* Acrescentados aos problemas colaborativos propostos por CARPENITO (1997,1999).

Os problemas colaborativos das gestantes com trabalho de parto prematuro (29 casos) são apresentados na **Tabela 20**, e pode-se observar que alguns problemas colaborativos estão relacionados a outros quadros clínicos e/ou obstétricos, visto que, em algumas ocasiões, as gestantes apresentavam mais de um diagnóstico médico. Os problemas colaborativos relacionados ao trabalho de parto prematuro foram: 'CP: trabalho de parto prematuro'; 'CP: taquicardia materna' e 'CP: hipotensão', que foi constatado em 100% dos casos.

**Tabela 20:** Frequência dos problemas colaborativos apresentados pelas gestantes de risco com diagnóstico de trabalho de parto prematuro da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim (n=29). São Paulo, 2000.

<b>Problema colaborativo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
CP: Trabalho de parto prematuro	29	100
CP: Taquicardia materna*	29	100
CP: Hipotensão*	29	100
CP: Sofrimento fetal	03	10,3
CP: Hipertensão	02	6,9
CP: Convulsão	01	3,4
CP: Proteinúria	01	3,4
CP: Perturbação visual	01	3,4
CP: Insuficiência renal	01	3,4
CP: Ruptura das membranas amnióticas	01	3,4
CP: Hipoglicemia/hiperglicemia	01	3,4

\*Acrescentados aos problemas colaborativos propostos por CARPENITO (1997,1999).

Os problemas colaborativos das gestantes com doença hipertensiva específica da gestação e hipertensão (15 casos) são apresentados na **Tabela 21**. Verificamos aqui, também, a presença de problemas colaborativos, relacionados a outros quadros clínicos, que as gestantes apresentavam. Os problemas colaborativos relacionados à DHEG e hipertensão foram: 'CP: hipertensão', 'CP: convulsão', 'CP: proteinúria', 'CP: perturbação visual', 'CP: insuficiência renal' e 'CP: sofrimento fetal' todos com 100% de frequência.

**Tabela 21:** Frequência dos problemas colaborativos apresentados pelas gestantes de risco com diagnóstico de DHEG/hipertensão da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim (n=15). São Paulo, 2000.

<b>Problema colaborativo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
CP: Hipertensão	15	100
CP: Convulsão	15	100
CP: Proteinúria	15	100
CP: Perturbação visual	15	100
CP: Insuficiência renal	15	100
CP: Sofrimento fetal	15	100
CP: Trabalho de parto prematuro	01	6,6
CP: Taquicardia materna*	01	6,6
CP: Hipotensão*	01	6,6
CP: Hipoglicemia/hiperglicemia	01	6,6

\* Acrescentados aos problemas colaborativos propostos por CARPENITO (1997,1999).

Os problemas colaborativos das gestantes com amniorrexe prematura (nove casos) pode ser verificado na **Tabela 22**, sendo que todos apresentaram a mesma frequência, isto é, 100%.

**Tabela 22:** Frequência dos problemas colaborativos apresentados pelas gestantes de risco com diagnóstico de amniorrexe prematura da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim (n=9). São Paulo, 2000.

<b>Problema colaborativo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
CP: Trabalho de parto prematuro	09	100
CP: Taquicardia materna*	09	100
CP: Hipotensão*	09	100
CP: Sofrimento fetal	09	100

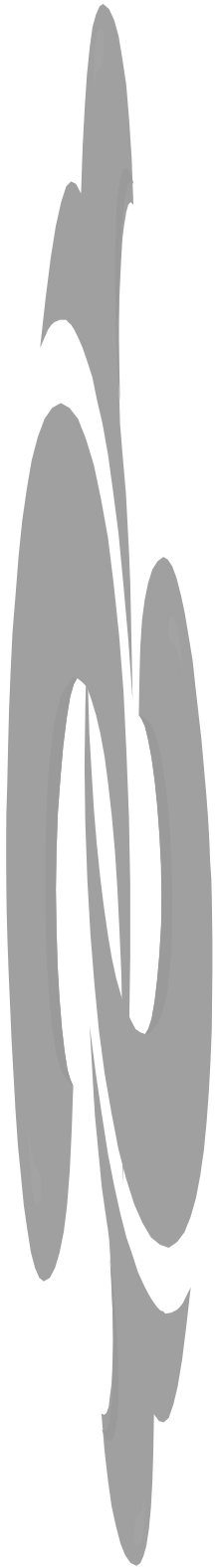
\*Acrescentados aos problemas colaborativos propostos por CARPENITO (1997,1999).

Os problemas colaborativos das gestantes com infecção do trato urinário e pielonefrite (sete casos) são apresentados na **Tabela 23**. Podemos verificar que a 'CP: trabalho de parto prematuro' esteve presente em 100% dos casos. Vale ressaltar que a 'CP: insuficiência renal' (42,8%), nesta ocasião, estava relacionada aos casos de pielonefrite.

**Tabela 23:** Frequência dos problemas colaborativos apresentados pelas gestantes de risco com diagnóstico de infecção do trato urinário/pielonefrite da unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim (n=7). São Paulo, 2000.

<b>Problema colaborativo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
CP: Trabalho de parto prematuro	07	100
CP: Insuficiência renal	03	42,9
CP: Taquicardia materna*	02	28,6
CP: Hipotensão*	02	28,6

\* Acrescentados aos problemas colaborativos propostos por CARPENITO (1997,1999).



## ***DISCUSSÃO DOS RESULTADOS***



Quando analisamos a questão da gestação na adolescência, verificamos que nos últimos anos este número vem aumentando tanto no Brasil como no mundo. No presente estudo, as gestantes adolescentes representavam 16,9% (12 casos) da amostra total de 71 gestantes. Sabe-se que a gestação na adolescência não acarreta somente complicações obstétricas, mas também efeitos psicossociais, antecipando o desempenho de papéis sociais, como o de mãe, enquanto outros papéis, que a adolescente deveria estar desempenhando, são postos de lado (GOMES & VARELLA, 1998).

Na amostra estudada, 25% das adolescentes (três casos) já haviam engravidado pelo menos uma vez, um número elevado quando comparado ao índice do Ministério da Saúde que é de 18% (BRASIL, 2001c). Analisando o planejamento dessas gestações, verificamos que 66,6% (oito gestações) não foram planejadas, ainda que 100% das adolescentes afirmassem que a gravidez era desejada. Considerando-se que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001c), 49,1% das gestantes adolescentes têm filhos indesejados, estes dados aparentemente são contraditórios. Entretanto, deve-se considerar que para uma mulher é geralmente muito difícil, estando ela gestante, afirmar que não deseja seu filho. Além disso, aquelas que não haviam planejado a gravidez, embora de fato desejassem ter filhos, provavelmente não queriam tê-los naquele momento. SOUZA (1998) em seu estudo constatou que entre as gestantes com menos de 20 anos, considerando-se o seu planejamento de fecundidade, 49,8% queriam engravidar naquele momento; 36,9% queriam-no mais tarde e 12,2% não queriam engravidar. Abordagens diferentes sobre o tema podem conduzir a diferentes resultados. Assim, a aceitação da gravidez deve ser investigada, considerando-se tanto o desejo por ter filhos quanto o momento no qual a mulher gostaria de tê-los ou planejaria tê-los. Em relação à utilização de métodos anticoncepcionais, 50% (seis gestantes) não faziam uso, em concordância com os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001c) em que 45,9% das adolescentes sexualmente ativas não utilizam nenhum método anticoncepcional.

OLIVEIRA & EGREY (1993) ressalta a influência da gestação na adolescência sobre as questões econômicas e sociais, como o abandono da escola, trabalho de menor prestígio e baixa remuneração, além da dependência familiar ou do companheiro. De fato, entre as gestantes adolescentes verificamos que 58,3% (sete gestantes) tinham Ensino

Médio incompleto, sendo que, dentre estas, duas estavam em nível escolar considerado adequado para a idade; 33,3% (quatro) tinham o Ensino Fundamental incompleto e uma era analfabeta. Além disso, somente 25% (três) continuaram seus estudos mesmo durante a gravidez. Quanto às atividades de trabalho ou ocupação, 66,6% (oito) exerciam atividades apenas no lar; 25% (três) eram estudantes e somente uma trabalhava fora, como empregada doméstica.

Analisando o grupo como um todo, o grau de escolaridade entre as gestantes que se encontravam na faixa etária em que deveriam estar estudando, ou seja de 15 a 24 anos de idade (36 casos), 36,1% (13 casos) não tinham sequer o Ensino Fundamental completo, no entanto, nesta faixa etária, já deveriam ter concluído ou estar concluindo o nível médio ou mesmo superior.

A mulher tem participado cada vez mais da população economicamente ativa e do emprego assalariado. Isso vem sendo uma constante desde os anos 70 por uma combinação de fatores culturais, demográficos e econômicos. Segundo SHIRMER (1997), este crescimento da participação feminina no mercado de trabalho de maneira intensa e diversificada é uma característica que não demonstra nenhuma tendência em retroceder. Na opinião desta autora, para muitas mulheres “ficar em casa” já não é mais uma opção, e grande parte delas entra no mundo do trabalho e dele sai de acordo com suas necessidades econômicas, preferências pessoais, circunstâncias domésticas e oportunidades nesse mercado.

No presente estudo, 40,8% (29 gestantes) tinham atividade de trabalho fora do lar, que foi interrompida pela necessidade de internação. O trabalho de parto prematuro representou o diagnóstico mais encontrado em 40,8% das gestantes (29 casos), quadro clínico este que requer repouso e ambiente tranquilo para o seu controle. Dentre as gestantes com trabalho de parto prematuro, 48,3% (14 casos) trabalhavam fora em atividades que requeriam esforço físico e poderiam agravar seu estado.

SHIRMER (1997) fala claramente sobre a relação entre o trabalho e a gestação, comentando a falta de estímulo e reconhecimento do empregador, quanto à necessidade de assistência pré-natal, principalmente nos casos de gestação de alto risco, e a interferência da

atividade e do local de trabalho na evolução da gestação. AMARAL, & PASSINI JR (1995) chamam atenção, para certos fatores que, associados ao ambiente de trabalho, podem exercer influência sobre as gestantes, a saber: agentes químicos, atividade física, agentes físicos, agentes biológicos, condições de pressão psicológica e condições ergonômicas. Na amostra estudada, pudemos verificar que muitas estavam frente a fatores que poderiam influenciar o curso da gestação, como é o caso da cabeleireira e da auxiliar de limpeza que estão expostas a agentes químicos; da empregada doméstica e da faxineira que têm atividade física intensa; da auxiliar de enfermagem que está exposta a agentes biológicos/químicos; da vendedora, balconista, costureira e garçonete que podem estar expostas a condições ergonomicamente desfavoráveis.

Por outro lado, as atividades domésticas também constituem fator de risco tanto quanto as atividades profissionais (AMARAL & PASSINI JR, 1995), já que o serviço doméstico frequentemente requer esforço físico e exposição a produtos químicos.

AMARAL & PASSINI JR (1995) referem que a mulher grávida, sem complicações, pode continuar a trabalhar normalmente, desde que o emprego (ou serviço doméstico) não lhe traga maiores riscos que aqueles do dia-a-dia. No entanto, deve-se ressaltar que, na presença de alguma condição de risco ou de sobrecarga, a gestante deve ser avaliada, a fim de verificarem-se suas condições de continuar trabalhando ou não.

Quando analisamos os partos das gestantes que já tiveram filhos, verificamos que 60% dos partos foram via vaginal (42 partos normais e três fórceps) e 40% (30 partos) foram cesáreas. O Ministério da Saúde (BRASIL,1995), considera como muito elevado índices como o deste estudo. Além do mais, é sabido que o parto cesárea expõe a mulher a um maior risco de complicações e morte (TANAKA, 2000). NEME (1995) refere que na cesárea há uma morbiletalidade materna maior que no parto vaginal e isso se relaciona à infecção, hemorragia e acidentes anestésicos e também, muitas vezes, a prática indiscriminada do parto cesárea não é benéfica para o concepto, não tendo sido raras as perdas neonatais por prematuridade iatrogênica, as ocorrências de síndrome da membrana hialina e os acidentes durante a incisão uterina e extração fetal.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), no Brasil 95% dos partos ocorrem em hospitais e, apesar disso, a mortalidade materna ainda representa um desafio. Em vista dessa situação e devido à prática concreta de elevado número de cesáreas, o Ministério da Saúde vem adotando uma série de medidas, visando à redução das taxas de cesárea e à promoção do parto normal. Busca-se, ainda, a humanização do nascimento e parto, que nada mais é do que "*um conjunto de práticas que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal. Essas práticas incluem o respeito do processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis*".

FARIAS *et al.* (2000) demonstraram em seu estudo que a gestação e o parto são experiências das quais geralmente a família não faz parte. Durante a gravidez, a mulher se torna mais sensível, sendo muito importante a participação do companheiro durante o processo gestacional. Na amostra estudada, embora as gestantes, em sua grande maioria, tivessem parceiros com quem coabitavam, houve pouca participação destes durante o período de internação. Um dos fatores que contribuíram para isso foi a restrição do horário de visitas, que ocorre diariamente das 14:00 às 16:00h, que impede não apenas a permanência mais prolongada do companheiro ou familiar, mas também, por se tratar de horário comercial, cria dificuldades para os que trabalham neste horário. Principalmente pelo fato de se tratar de gravidez de alto risco, os companheiros deveriam ser incentivados a acompanhar suas esposas e ter entrada livre durante o período de internação, pois o apoio afetivo e a confiança advindos do companheiro ajudam a gestante a vivenciar os acontecimentos com maior tranquilidade e segurança (SILVEIRA & BEZERRA, 2000).

Sabe-se que a gestação é uma fase de fundamental importância para o casal, e que a participação do companheiro ajuda na ansiedade sofrida pela mulher grávida, deixando-a mais segura. Essa integração durante o processo gravídico se traduziria em uma maior estabilidade emocional, e o casal poderia vivenciar e desenvolver juntos expectativas em relação à evolução da gestação e à chegada do bebê, estabelecendo um vínculo, um fortalecimento e uma integração familiar muito grandes (RESENDE *et al.*, 2000).

Os diagnósticos clínicos e obstétricos mais freqüentes foram: trabalho de parto prematuro, com 29 casos (40,8%); DHEG/hipertensão, com 15 casos (21,1%); aminiorrexe prematura, com 9 casos (12,7%); infecção do trato urinário, com quatro casos (5,6%) e pielonefrite, com três casos (4,2%).

Em se tratando da incidência destes diagnósticos, devido à dificuldade de distinguir os diagnósticos de "trabalho de parto prematuro" e "ameaça do trabalho de parto prematuro", os dados são imprecisos. A incidência de síndrome hipertensiva em gestantes gira em torno de 10% (NEME, 1991) e, nas maternidades universitárias brasileiras, alcança a elevada cifra de 25% (NEME, 1993). Nos casos de amniorrexe prematura, segundo KRASNOSCHECOFF (1995), a incidência fica em torno de 10%. Na infecção do trato urinário, quando assintomática, pode estar presente em 4 a 7% das grávidas; a freqüência das infecções sintomáticas cai para aproximadamente 0,5% das gestantes (ALMEIDA, 1995) e a incidência da pielonefrite varia de 1 a 2,5% (PEREIRA, 1995).

No trabalho de parto prematuro vários são os fatores de risco associados, como fator demográfico (idade, condição sócio-econômica e estado civil), fatores comportamentais (hábito de fumar, uso de drogas, má nutrição, e exercício físico excessivo), cuidados pré-natais (presença ou ausência de cuidado pré-natal), riscos pré-gestacionais (história obstétrica pobre, malformações uterinas) e as complicações obstétricas como gestação múltipla, anormalidade no volume de líquido amniótico, sangramento vaginal, malformações fetais e infeções. O diagnóstico de trabalho de parto prematuro é dado nos casos nos quais contratilidade uterina tem uma freqüência de uma ou mais contrações em 10 minutos, durando 20 segundos ou mais, apresentando um colo uterino total ou parcialmente esvaecido com dilatação de dois centímetros ou mais ou outros fatores como a rotura prematura ou precoce das membranas ovulares (SILVA, 1995a).

Na DHEG diversos fatores intervêm na incidência desta patologia como gestante com hipertensão pré-gravídica, diabetes, idade materna jovem ou avançada, hereditariedade, paridade, gemelaridade, mola hidatiforme, estação do ano, alimentação, constituição física, raça, tabagismo, polidrâmnio, nível sócio-econômico, estado civil e enxaquecas (NEME, 1995). As gestantes com DHEG podem se apresentar sob os seguintes

quadros clínicos: quadro hipertensivo, em geral, associado a proteinúria e ao edema (pré-eclâmpsia); um quadro hipertensivo, em geral, associado à proteinúria e ao edema, apresentando crises convulsivas (eclâmpsia convulsiva) e, raramente, apenas estado comatoso (eclâmpsia comatosa) (NEME, 1995).

As rotura das membranas ovulares (amniorrexe prematura) pode decorrer de alterações de natureza inflamatória como por exemplo a corioamnionite, alterações bioquímicas, fatores carenciais e malformações inatas e outros fatores como efeito da pressão atmosférica, tabagismo, gestantes que realizam atividades em pé, coito nas últimas semanas de gestação. A suspeita do diagnóstico é feita durante a anamnese, onde a gestante queixa-se de fluxo de quantidade variável escorrendo pelas pernas e ao exame, os sinais positivos são de presença de líquido amniótico ou de seus vestígios e ausência das membranas sobre a apresentação à inspeção simples ou com o amnioscópico (KRASNOSCHECOFF, 1995).

Segundo PEREIRA (1995), na obstetrícia, a infecção do trato urinário constitui a segunda maior causa de morbidade, assim como um dos principais fatores associados ao aborto, ao parto prematuro e a infecção ovular. Durante a gestação, a incidência de infecção do trato urinário é decorrente de alterações funcionais e anatômicas dos rins e das vias urinárias. A infecção urinária sintomática pode manifestar-se por sintomas locais que estão presentes na maioria das infecções urinárias (disúria, polaciúria e urgência miccional) e sistêmicos (febre, calafrios, sudorese, taquicardia, prostração e mal-estar). A investigação laboratorial é obrigatória (o exame que confirma o diagnóstico é a cultura de urina), visto que a confirmação do diagnóstico implica em um melhor planejamento do tratamento e do seguimento ao longo da gestação. A complicação mais importante do trato urinário durante a gestação é a pielonefrite, sua incidência está aumentada nas gestantes portadoras de bacterúria assintomática não tratada ou inadequadamente tratada (PEREIRA, 1995).

Em relação aos diagnósticos de enfermagem, no padrão TROCAR, para avaliar os diagnósticos “nutrição alterada: mais que as necessidades corporais” e “nutrição alterada: menos que as necessidades corporais”, é preciso avaliar se o peso está adequado ou não de acordo com a altura e a idade gestacional. Para gestantes são preconizadas várias formas de avaliação do ganho ponderal; na avaliação das gestantes do presente estudo foi

adotada a tabela de relação peso-altura segundo a idade gestacional preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). Cerca de 50% tinham nutrição alterada o que evidência a importância da sua avaliação e controle entre gestantes de risco.

As mudanças hormonais ocorridas na mulher pela gravidez, associadas a outros fatores, como higiene oral deficiente, desencadeia respostas inflamatórias exacerbadas, levando a um quadro periodontal patológico ou agravando uma patologia já existente (SEIXAS, 2001). Assim, é importante a avaliação da cavidade oral pela enfermeira, buscando evidências como cáries, alterações da gengiva, falhas dentárias e outros. Nos casos em que a gestante apresentava falha dentária, de poucos dentes, sem outros indicadores, não se considerou como “dentição alterada”, visto que não interferia no processo de mastigação. O diagnóstico “dentição alterada” foi considerado quando havia cárie dentária acompanhada ou não de outras alterações.

O diagnóstico “excesso de volume de líquido”, foi determinado devido às gestantes apresentarem aumento na pressão arterial e presença de edema pelo aumento da pressão venosa (ZIEGEL & CRANLEY, 1985).

O diagnóstico “risco para transmissão de infecção” foi evidenciado em uma gestante que era portadora de vírus do papiloma humano e possuía lesões no canal de parto. Nestes casos, a melhor opção terapêutica depende da idade gestacional, tamanho e localização das lesões, devido à possibilidade de transmissão vertical (restrita à passagem da criança no canal de parto), conforme GIRALDO & SIMÕES (1995).

Em relação ao diagnóstico de enfermagem "padrões de sexualidade alterados", no padrão RELACIONAR, a sua elevada frequência era um dado esperado, tendo em vista que a gravidez gera dificuldades e limitações nas atividades sexuais (AMARAL & JUNIOR, 1995). Além disso, na ocorrência de certas complicações ou situações de risco, como a ameaça de aborto, ruptura das membranas, trabalho de parto prematuro, placenta prévia e outros, pode haver restrição médica ao ato sexual (ZIEGEL & CRANLEY, 1985).

No **Quadro 1**, são apresentados os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes durante a gestação, segundo a literatura. Observa-se que no presente estudo todos os diagnósticos, que tiveram freqüência igual ou maior que 50%, (**Tabela 14**), apesar de terem sido identificados em gestantes de risco, também são encontrados na gestação de baixo risco, com exceção do diagnóstico 'risco para amamentação ineficaz', visto que este não faz parte da classificação diagnóstica da NANDA, embora tenha sido sugerido por CARPENITO (1997) e estudado por VALE (1999).

**Quadro 1:** Diagnósticos de enfermagem durante a gestação, segundo HANSON-SMITH (1989), MAZZO (1997) e CARPENITO (1999).

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Autores</b>
Conforto alterado	HANSON-SMITH (1989); CARPENITO (1999)
Constipação	HANSON-SMITH (1989); CARPENITO (1999)
Intolerância à atividade	HANSON-SMITH (1989); CARPENITO (1999)
Risco para mucosa oral alterada	CARPENITO (1999)
Medo	CARPENITO (1999)
Risco para infecção	CARPENITO (1999)
Risco para lesão	CARPENITO (1999)
Risco para distúrbio no autoconceito	HANSON-SMITH (1989); CARPENITO (1999)
Risco para manutenção da saúde alterada	HANSON-SMITH (1989); CARPENITO (1999)
Manutenção da saúde alterada	HANSON-SMITH (1989); MAZZO (1997)
Processos familiares alterados	HANSON-SMITH (1989);
Padrões de sexualidade alterados	HANSON-SMITH (1989);
Déficit de conhecimento	HANSON-SMITH (1989); MAZZO (1997)
Risco para paternidade/maternidade alterados	HANSON-SMITH (1989); MAZZO (1997)
Distúrbio no autoconceito	HANSON-SMITH (1989);
Incontinência por pressão	MAZZO (1997)
Disfunção Sexual	MAZZO (1997)
Desconforto gástrico	MAZZO (1997)
Desconforto vulvovaginal	MAZZO (1997)



CARVALHO *et al.*(1996) desenvolveu estudo semelhante na Unidade de Internação de Patologias Obstétricas do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), na cidade de Campinas, SP. No **Quadro 2**, podemos verificar que, quando comparado os dados destes autores com os do presente estudo, constatamos serem os resultados similares, sendo que os diagnósticos de 'hipertemia', 'mobilidade física prejudicada', 'padrão respiratório ineficaz', 'diarréia', 'reação de pesar antecipada' e 'senso-percepção alterada' não foram identificados em nenhuma das gestantes do presente estudo. Em parte, essas diferenças podem ser explicadas pelo fato de que no estudo de CARVALHO *et al.*(1996) foram utilizadas, como referência, as adaptações ao nosso meio da Taxonomia I da NANDA, feitas por NOBREGA & GARCIA (1994), em que foram realizadas algumas modificações, acréscimos e translocações. Assim, por exemplo, a restrição ao leito imposta por prescrição médica, comum nos casos de trabalho de parto prematuro, no estudo de CARVALHO *et al.*(1996), foi considerada como evidência para 'mobilidade física prejudicada'. Segundo CARPENITO (1997), 'mobilidade física prejudicada' descreve o indivíduo com uso limitado dos braços ou pernas e/ou força muscular limitada. As intervenções de enfermagem concentram-se no fortalecimento e na restauração dessa função. Desta forma, a limitação dos movimento físicos, segundo esta mesma autora, pode ser etiologia de outros diagnósticos como 'déficit de autocuidado'. No presente estudo, foram considerados 'déficit no autocuidado para banho/higiene' e 'déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se' nos casos em que havia prescrição de repouso.

**Quadro 2:** Diagnósticos de enfermagem na gestação de risco, segundo CARVALHO *et al.* (1996) e dados do presente estudo.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Autores</b>
Risco para infecção	CARVALHO <i>et al.</i> (1996); GOUVEIA*
Dor	CARVALHO <i>et al.</i> (1996); GOUVEIA*
Medo	CARVALHO <i>et al.</i> (1996); GOUVEIA*
Excesso de volume de líquido	CARVALHO <i>et al.</i> (1996); GOUVEIA*
Conforto alterado	CARVALHO <i>et al.</i> (1996); GOUVEIA*
Mobilidade física prejudicada	CARVALHO <i>et al.</i> (1996)
Hipertermia	CARVALHO <i>et al.</i> (1996)
Constipação (colônica)	CARVALHO <i>et al.</i> (1996); GOUVEIA*
Padrão respiratório ineficaz	CARVALHO <i>et al.</i> (1996)
Nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais	CARVALHO <i>et al.</i> (1996); GOUVEIA*
Nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais	CARVALHO <i>et al.</i> (1996); GOUVEIA*
Diarréia	CARVALHO <i>et al.</i> (1996)
Reação de pesar antecipada	CARVALHO <i>et al.</i> (1996)
Senso-percepção alterada (visual)	CARVALHO <i>et al.</i> (1996)
Risco para amamentação ineficaz	GOUVEIA*
Manutenção da saúde alterada	GOUVEIA*
Padrões de sexualidade alterados	GOUVEIA*
Distúrbio no padrão de sono	GOUVEIA*
Náusea	GOUVEIA*
Dentição alterada	GOUVEIA*
Eliminação urinária alterada	GOUVEIA*
Risco para paternidade ou maternidade alterada	GOUVEIA*
Déficit de conhecimento	GOUVEIA*
Risco para déficit do volume de líquidos	GOUVEIA*
Enfrentamento individual ineficaz	GOUVEIA*
Risco para vínculo pais/filhos alterado	GOUVEIA*
Integridade da pele prejudicada	GOUVEIA*
Comunicação verbal prejudicada	GOUVEIA*
Processos familiares alterados	GOUVEIA*
Déficit no autocuidado para banho/higiene	GOUVEIA*
Déficit no autocuidado para vertir-se/arrumar-se	GOUVEIA*
Risco para desenvolvimento alterado	GOUVEIA*
Distúrbio na autoestima	GOUVEIA*
Risco para transmissão de infecção	GOUVEIA*
Fadiga	GOUVEIA*

\* Dados do presente estudo.

Alguns estudos sobre diagnósticos de enfermagem em gestantes de risco foram desenvolvidos, considerando um determinado diagnóstico médico clínico e/ou obstétrico, como trabalho de parto prematuro, hipertensão, entre outros. Optou-se, então, por discutir, a seguir, os diagnósticos de enfermagem de acordo com as patologias mais frequentes, para melhor comparação com os trabalhos de outros autores que estudaram o mesmo tema.

Primeiramente serão discutidos os diagnósticos de enfermagem relacionados ao trabalho de parto prematuro, apresentados no **Quadro 3**. Os diagnósticos que estiveram presentes em 50% ou mais dos casos, como 'conforto alterado' e 'medo' e aqueles com menor frequência, como 'constipação', 'distúrbio no padrão de sono', 'risco para maternidade/paternidade alterados' e 'déficit de conhecimento', também foram referidos por HANSON-SMITH (1989). Os demais diagnósticos encontrados ('sentimento de pesar antecipado', 'excesso de volume de líquidos', 'ansiedade' e risco para alteração no processo familiar) não tiveram equivalência com os diagnósticos citados por aquele autor. O 'distúrbio no padrão de sono', no presente estudo, esteve frequentemente associado à dor (44,8%, 13 casos). Este é um dado esperado, visto que existe associação entre estes diagnósticos como demonstrado no estudo de CRUZ & PIMENTA (1994) sobre pacientes com câncer em tratamento ambulatorial da dor entre os quais 50% tinham distúrbio do padrão de sono relacionado à dor. No trabalho de parto prematuro, a dor é frequentemente causada pelas contrações uterinas, cuja intensidade pode variar, causando maior ou menor desconforto e, portanto, prejudicando ou não o sono. A 'dor' não estava presente em 100% dos casos, porque algumas gestantes já haviam iniciado a inibição do trabalho de parto e, por essa razão, estavam sem contrações uterinas no momento da entrevista.

**Quadro 3:** Diagnósticos de enfermagem identificados entre gestantes com trabalho de parto prematuro, segundo HANSON-SMITH (1989) e dados do presente estudo.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Autores</b>
Conforto alterado	HANSON-SMITH (1989); GOUVEIA*
Sentimento de pesar antecipado	HANSON-SMITH (1989);
Excesso de volume de líquidos	HANSON-SMITH (1989);
Ansiedade	HANSON-SMITH (1989);
Medo	HANSON-SMITH (1989); GOUVEIA*
Constipação	HANSON-SMITH (1989); GOUVEIA*
Distúrbio no padrão de sono	HANSON-SMITH (1989); GOUVEIA*
Risco para alteração no processo familiar	HANSON-SMITH (1989);
Risco para paternidade/maternidade alterados	HANSON-SMITH (1989); GOUVEIA*
Déficit de conhecimento	HANSON-SMITH (1989); GOUVEIA*
Risco para infecção	GOUVEIA*
Manutenção da saúde alterada	GOUVEIA*
Risco para amamentação ineficaz	GOUVEIA*
Padrões de sexualidade alterados	GOUVEIA*
Dor	GOUVEIA*
Nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais	GOUVEIA*
Dentição alterada	GOUVEIA*
Eliminação urinária alterada	GOUVEIA*
Náusea	GOUVEIA*
Nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais	GOUVEIA*
Enfrentamento individual ineficaz	GOUVEIA*
Déficit no autocuidado para banho/higiene	GOUVEIA*
Fadiga	GOUVEIA*
Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	GOUVEIA*

\* Dados do presente estudo.

Quanto aos casos de DHEG e hipertensão, os diagnósticos de enfermagem do presente estudo que tiveram mais de 50% de frequência também foram citados por outros autores exceto 'conforto alterado'. Outros diagnósticos referidos pela literatura como 'medo', 'distúrbio no padrão de sono' e 'excesso de volume de líquido' também foram relativamente freqüentes, sendo que os dois primeiros podem estar relacionados à possibilidade de perda fetal e o último, à fisiopatologia da doença hipertensiva da gestação, que é caracterizada por hipertensão, edema e proteinúria (NEME, 1995). O diagnóstico 'dentição alterada' não foi citado por nenhum dos autores, por ter sido aprovado pela NANDA apenas em 1998 (Quadro 4).

Quando comparamos os dados do presente estudo com outros realizados no Brasil, verificamos que somente três diagnósticos citados por ARAGÃO & SANTOS (2000) e ALBUQUERQUE *et al.* (2000) não foram encontrados na população aqui estudada, que são 'ansiedade', 'mobilidade física prejudicada' e 'déficit de conhecimento'. Alguns autores, como DICKASON & SHULT (1998), utilizaram terminologia diferente, como 'alteração no volume de líquido', ou não especificaram se para eles 'nutrição alterada' era 'mais ou menos do que as necessidades corporais', o que dificulta a comparação entre os dados. 'Alteração na perfusão tissular' de nível placentário não foi considerado no presente estudo, visto que o foco desse tratamento é eminentemente médico. Desta forma, optou-se por considerar as evidências como relacionadas ao problema colaborativo 'CP: sofrimento fetal' e não a um diagnóstico de enfermagem.

Quanto aos diagnósticos 'ansiedade' e 'medo', LEVIN & MILLER (1998) discutem algumas diferenças entre eles. A 'ansiedade' tem como definição conceitual um sentimento desagradável, um sentimento de apreensão causada por antecipação do perigo (interno/externo) e um sinal alterado, que avisa do perigo iminente, habilitando a pessoa a tomar medidas para lidar com essa ameaça. O 'medo' é definido pelo mesmo autor, como sentimento de medo, ansiedade, causada por perigo identificado e real; uma ameaça percebida, real ou imaginária. No presente estudo, as gestantes expressaram percepção de ameaça (real ou imaginária) e outras evidências que conduziram ao diagnóstico 'medo', como podemos observar nas falas a seguir, "... o bebê não sair normal...", "... preocupada com a saúde do bebê; se nascer prematuro, nasce com o pulmão fraco...".

**Quadro 4:** Diagnósticos de enfermagem identificados entre gestantes com doença hipertensiva específica da gestação e hipertensão, segundo HANSON-SMITH (1989); SILVA (1996); DICKASON & SCHULT (1998); CARPENITO (1999); ARAGÃO & SANTOS (2000); ALBUQUERQUE *et al.* (2000) e dados do presente estudo.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Autores</b>
Risco para infecção	SILVA (1996); ARAGÃO&SANTOS (2000); ALBUQUERQUE <i>et al.</i> (2000); GOUVEIA*
Constipação	ARAGÃO&SANTOS (2000); GOUVEIA*
Distúrbio no padrão de sono	SILVA (1996); ARAGÃO&SANTOS (2000); GOUVEIA*
Manutenção da saúde alterada	SILVA (1996); ARAGÃO&SANTOS (2000); GOUVEIA*
Eliminação urinária alterada	ARAGÃO&SANTOS (2000); GOUVEIA*
Mobilidade física prejudicada	ARAGÃO&SANTOS (2000);
Ansiedade	SILVA (1996); DICKASON&SCHULT (1998); ARAGÃO&SANTOS (2000); ALBUQUERQUE <i>et al.</i> (2000);
Excesso de volume de líquidos	SMITH (1989); SILVA (1996); DICKASON&SCHULT (1998); ARAGÃO&SANTOS (2000); ALBUQUERQUE <i>et al.</i> (2000); GOUVEIA*
Déficit de conhecimento	SILVA (1996); DICKASON&SCHULT (1998) ALBUQUERQUE <i>et al.</i> (2000);
Dor	SILVA (1996); ALBUQUERQUE <i>et al.</i> (2000); GOUVEIA*
Alteração na perfusão tissular	HANSON-SMITH (1989); DICKASON&SCHULT (1998);
Risco para lesão	HANSON-SMITH (1989); DICKASON&SCHULT (1998); CARPENITO (1999);
Necessidade de fluido alterada	DICKASON&SCHULT (1998)
Nutrição alterada	DICKASON&SCHULT (1998)
Nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais	SILVA (1996); GOUVEIA*
Nível de atividade alterado/intolerância atividade	DICKASON&SCHULT (1998); CARPENITO (1999);
Alteração no volume de líquido	DICKASON&SCHULT (1998)
Medo	SILVA (1996); CARPENITO (1999); GOUVEIA*
Risco para integridade da pele prejudicada	CARPENITO (1999);
Integridade da pele prejudicada	GOUVEIA*
Risco para controle ineficaz do regime terapêutico	CARPENITO (1999);
Conforto alterado	GOUVEIA*
Fadiga	SILVA (1996);GOUVEIA*
Déficit de lazer	SILVA (1996);
Risco para amamentação ineficaz	GOUVEIA*
Padrões de sexualidade alterados	GOUVEIA*
Náusea	GOUVEIA*
Dentição alterada	GOUVEIA*
Risco para maternidade/paternidade alterado	GOUVEIA*

\* Dados do presente estudo.

Os diagnósticos de enfermagem de gestantes com amniorrexe prematura estão apresentados no **Quadro 5**, nos quais constatamos que somente o diagnóstico 'risco para infecção' teve concordância com HANSON-SMITH (1989), visto que o diagnóstico 'risco para infecção' é absolutamente claro e bem determinado nos casos de ruptura das membranas amnióticas. As mesmas considerações para 'alteração tissular' e 'ansiedade', já comentadas, também se aplicam aos casos de amniorrexe prematura.

**Quadro 5:** Diagnósticos de enfermagem identificados entre gestantes com amniorrexe prematura, segundo HANSON-SMITH (1989) e dados do presente estudo.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Autores</b>
Risco para infecção	HANSON-SMITH (1989); GOUVEIA*
Alteração perfusão tissular	HANSON-SMITH (1989);
Ansiedade	HANSON-SMITH (1989);
Manutenção da saúde alterada	GOUVEIA*
Conforto alterado	GOUVEIA*
Risco para amamentação ineficaz	GOUVEIA*
Medo	GOUVEIA*
Distúrbio no padrão de sono	GOUVEIA*
Padrões de sexualidade alterados	GOUVEIA*
Constipação	GOUVEIA*
Déficit de conhecimento	GOUVEIA*
Nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais	GOUVEIA*
Náusea	GOUVEIA*
Eliminação urinária alterada	GOUVEIA*
Nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais	GOUVEIA*
Risco para maternidade/paternidade alterado	GOUVEIA*
Enfrentamento individual ineficaz	GOUVEIA*
Fadiga	GOUVEIA*

\* Dados do presente estudo.

Os diagnósticos de enfermagem referentes às gestantes com infecção do trato urinário e pielonefrite são apresentados no **Quadro 6**, sendo que, dentre os dados do estudo atual, dois diagnósticos também foram referidos por CARPENITO (1999): 'risco para nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais' e 'conforto alterado'; este último foi identificado nesta amostra com frequência superior a 50%. Os demais diagnósticos relacionados a este quadro clínico, não teve concordância com CARPENITO (1999). Vale ressaltar que os diagnósticos citados por CARPENITO não se tratam de diagnósticos relacionados à gestantes, e sim ao diagnóstico médico infecção do trato urinário/pielonefrite. Foi considerado desta forma por não terem sido encontradas na literatura referências de diagnósticos de enfermagem relacionados a gestantes com infecção do trato urinário/pielonefrite.

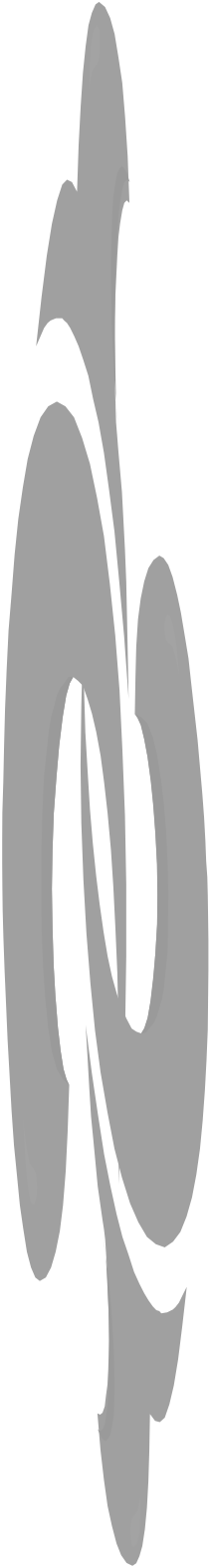
**Quadro 6:** Diagnósticos de enfermagem identificados entre gestantes com infecção do trato urinário e pielonefrite, segundo CARPENITO (1999) e dados do presente estudo.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Autores</b>
Dor crônica	CARPENITO (1999);
Conforto alterado	CARPENITO (1999); GOUVEIA*
Risco para nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais	CARPENITO (1999); GOUVEIA*
Risco para estratégia ineficaz de resolução individual	CARPENITO (1999);
Risco para controle ineficaz do regime terapêutico	CARPENITO (1999);
Risco para infecção	GOUVEIA*
Eliminação urinária alterada	GOUVEIA*
Manutenção da saúde alterada	GOUVEIA*
Risco para amamentação ineficaz	GOUVEIA*
Padrões de sexualidade alterado	GOUVEIA*
Dentição alterada	GOUVEIA*
Déficit de conhecimento	GOUVEIA*
Distúrbio no padrão de sono	GOUVEIA*
Risco para maternidade/paternidade alterados	GOUVEIA*
Constipação	GOUVEIA*
Integridade da pele prejudicada	GOUVEIA*
Fadiga	GOUVEIA*

\* Dados do presente estudo.



Os problemas colaborativos apresentados neste estudo foram determinados de acordo com os referenciados por CARPENITO (1997, 1999). Ressalta-se que foram incluídos 'taquicardia materna' e 'hipotensão', que não constam na proposta desta autora, visto que, nos casos de 'trabalho de parto prematuro' e 'amniorrexe prematura', geralmente são administradas drogas tocolíticas que podem causar essas alterações. De fato, no hospital em estudo, em 39 casos usou-se 'cloridrato de isoxsuprina', que produz relaxamento uterino e estimulação cardíaca, queda na resistência vascular periférica e aumento no ritmo e rendimento cardíaco, sendo relatadas, mais freqüentemente, reações adversas, como tontura, fraqueza, taquicardia, hipotensão, náuseas e vômitos (SILVA, 1995b).



## ***CONCLUSÕES***

- A amostra estudada foi composta por 71 gestantes de risco, maioria com idade entre 20 e 24 anos; 16,9% eram adolescentes; 36,6% tinham o Ensino Fundamental incompleto; 81,7% tinham parceiros e viviam junto com os mesmos; 49,3% não exerciam trabalho fora do lar e 64,8% delas já haviam ficado grávidas anteriormente.
- Os diagnósticos médicos (clínico ou obstétrico) de maior frequência foram: trabalho de parto prematuro (40,8%); doença hipertensiva específica da gestação e hipertensão (21,1%); aminiorrexe prematura (12,7%) e infecção do trato urinário e pielonefrite (9,8%).
- Os diagnósticos de enfermagem encontrados em 50% ou mais das gestantes, e que devem ser priorizados independentemente do diagnóstico médico, foram:
  - Risco para infecção (90,1%);
  - Manutenção da saúde alterada (84,5%);
  - Conforto alterado (80,3%);
  - Risco para amamentação ineficaz (59,2%);
  - Padrões de sexualidade alterados (52,1%);
  - Medo (52,1%);
  - Dor (50,7%);
- Alguns diagnósticos de enfermagem foram referidos por outros autores, mas apresentaram frequência menor que 50% no presente estudo. Porém, por sua relevância para a assistência à gestante de risco, devem também ser considerados. São eles:
  - Distúrbio no padrão de sono (40,8%);
  - Nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais (33,8%);
  - Náusea (29,6%);

- Dentição alterada (28,2%);
  - Eliminação urinária alterada (28,2%);
  - Nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais (18,3%);
  - Risco para paternidade ou maternidade alterada (16,9%);
  - Constipação (12,7%);
  - Déficit de conhecimento (9,9%);
  - Excesso de volume de líquidos (4,2%).
- Os diagnósticos de enfermagem identificados de acordo com o quadro clínico e/ou obstétrico que apresentaram frequência maior que 50% e aqueles com menor frequência, mas que foram citados por outros autores e são relevantes para a assistência de enfermagem, são:

Trabalho de parto prematuro:

- Risco para infecção (93,1%);
- Manutenção da saúde alterada (82,8 %);
- Conforto alterado (79,3%);
- Risco para amamentação ineficaz (72,4%);
- Dor (69,0%);
- Padrões de sexualidade alterados (65,5%);
- Medo/Ansiedade (58,6%);
- Distúrbio no padrão do sono (44,8%);
- Eliminação urinária alterada (31,0%);
- Risco para paternidade ou maternidade alterados (20,7%);
- Déficit de conhecimento (10,3%);
- Constipação (6,9%).

Doença hipertensiva específica da gestação/hipertensão:

- Risco para infecção (86,6%);
- Manutenção da saúde alterada (86,6%);
- Conforto alterado (80,0%);
- Nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais (80,0%);
- Medo/Ansiedade (46,6%);
- Distúrbio no padrão do sono (40,0%);
- Dor (26,6%);
- Eliminação urinária alterada (20,0%);
  - Excesso de volume de líquidos (20,0%);
  - Constipação (6,6%).

Aminiorrexe prematura:

- Risco para infecção (100,0%);
- Manutenção da saúde alterada (88,9%);
- Medo (88,9%);
- Conforto alterado (77,8%);
- Risco para amamentação ineficaz (77,8%);
- Distúrbio no padrão do sono (66,7%);
- Dor (55,6%).

Infecção do trato urinário e pielonefrite:

- Manutenção da saúde alterada (100,0%);
  - Conforto alterado (85,7%);
  - Eliminação urinária alterada (71,4%);
  - Risco para infecção (71,4%);
  - Nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais (42,8%);
  - Dor (42,8%).
- Os problemas colaborativos encontrados em 50% ou mais dos casos foram:
    - CP: Trabalho de parto prematuro (62,0%);
    - CP: Taquicardia materna (54,9%);
    - CP: Hipotensão (54,9%).
  - Os problemas colaborativos, de acordo com o diagnóstico médico, encontrados em 50% ou mais nos casos foram:

Trabalho de parto prematuro:

- CP: Trabalho de parto prematuro (100,0%);
- CP: Taquicardia materna (100,0%);
- CP: Hipotensão (100,0%).

Doença hipertensiva específica da gestação/hipertensão:

- CP: Hipertensão (100,0%);
- CP: Convulsão (100,0%);
- CP: Proteinúria (100,0%);
- CP: Perturbação visual (100,0%);
- CP: Insuficiência renal (100,0%);
- CP: Sofrimento fetal (100,0%).

Amniorrexe prematura:

- CP: Trabalho de parto prematuro (100,0%);
- CP: Taquicardia materna (100,0%);
- CP: Hipotensão (100,0%);
- CP: Sofrimento fetal (100,0%).

Infecção do trato urinário/Pielonefrite:

- CP: Trabalho de parto prematuro (100,0%).

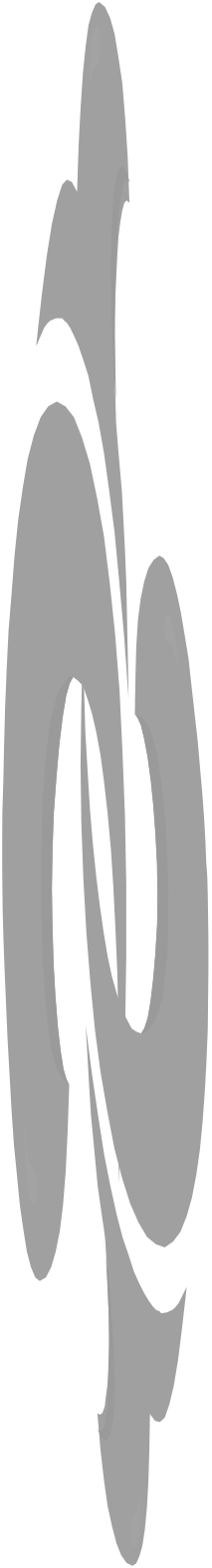
Em relação aos dados encontrados, alguns diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos apresentaram baixa incidência, mas podem ser também significativamente importantes para a assistência de enfermagem à gestante risco. Novas pesquisas com diferentes abordagens poderão complementar e confirmar os dados deste estudo que estão em parte relacionados aos diagnósticos médicos (clínico ou obstétrico) da população estudada.

A continuidade desde trabalho é importante fundamental no sentido de abordar todas as etapas do o processo de enfermagem, a fim de delinear de uma maneira mais completa os dados a serem coletados, a elaboração, a implementação dos cuidados a serem prestados e a avaliação destes em gestantes de risco, facilitando assim a abordagem da enfermeira ao tema em questão e a assistência de enfermagem a ser prestada.

Ainda, com os dados obtidos neste estudo, espera-se que os mesmos sejam de grande valia para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem na unidade de internação obstétrica do RBSPB - Hospital São Joaquim, afim de direcionar os cuidados de enfermagem específicos as gestantes de risco atendidas nesta instituição, podendo assim ter uma atenção mais dirigida, podendo satisfazer as necessidades do cliente com melhor qualidade.

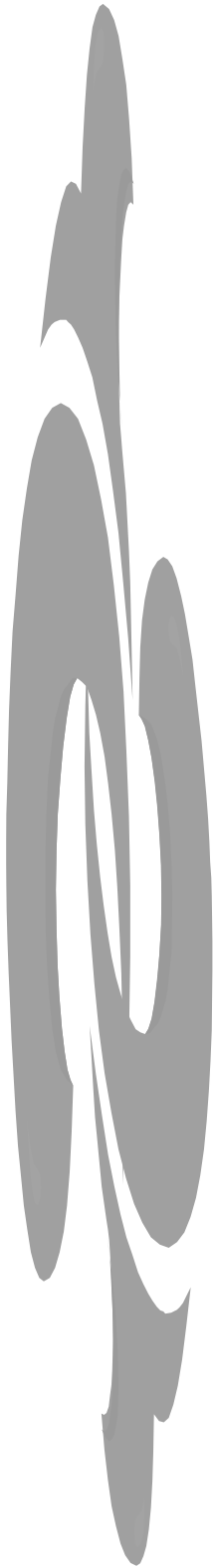
Enfim, espera-se que os dados desta pesquisa ajudem os profissionais de enfermagem a praticar uma assistência à gestante de risco com melhor qualidade e resultados mais eficazes. Para o hospital onde foi desenvolvido este trabalho, os diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos identificados vão nortear a assistência de enfermagem à gestante de risco, visando à coleta de dados e à prestação de cuidados mais direcionados aos problemas comuns a este grupo. É, pois, eminente atentar às necessidades individuais de cada gestante, de forma a contribuir para uma assistência integral e individualizada.





## ***SUMMARY***

This study was made to identify the demographic profile, the clinical and obstetrical diagnosis, the nursing diagnosis and the collaborative problem common in pregnancy by risk at the "Real e Benemerita Sociedade Portuguesa de Beneficência - Hospital São Joaquim". It was based on descriptive, exploratory and transversal study. The collection of dates was made during sixth months through of a systematized sample. The dates were collected on the first 24h of internment, by using the formulary elaborated with base in the proposal at the Gordon's Functional Health Patterns. The nursing diagnosis and the collaborative problem were determined together with Specialists in Obstetrics Nurse with experience in the utilization of the nursing diagnosis of North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). The sample was composed by 71 pregnant by risk, taking in to account that the majority was between 20 and 24 years old, 16,9% were adolescents, 36,6% had fundamental instruction incomplete, 81,7% were living with a regular partner, 59,2% didn't have a job out the house and 64,7% had not been pregnant before. The medical diagnosis (clinical and obstetrics) in the largest incidence showed preterm labor (40,8%), specific hypertensive disease of pregnancy/hypertension (21,1%), premature rupture of the membranes (12,7%) and infection of urinary tract/pyelonephritis (9,8%). The nursing diagnosis found in the 50% or more pregnant were: 'risk for infection', 'altered health maintenance', 'altered confort', 'risk for ineffective breastfeeding', 'altered sexuality patterns', 'fear' and 'pain'. The collaborative problem found in the 50% or more was: 'Potential Complication: preterm labor', ' Potential Complication: mother tachycardia' and ' Potential Complication: hypotension'. We hope the findings of this research allows to guide nurse assistance for high pregnant, aiming at collecting of data and care more focussed on the common problems for this group, however, it's important to have in mind the individual necessity for each pregnant, in a way to contribute for one integral and individualized assistance.



## ***REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, A.L.B.L.; GONÇALVES, G.A.A.; CRUZ, M.J.N.; OLIVEIRA, M.R. – Identificando diagnósticos de enfermagem em uma gestante acometida de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52, Recife, 2000. **Anais**. Recife, 2000. p.538.
- ALMEIDA, F.A. - Nefropatias. In: NEME, B. - **Obstétrica Básica**. São Paulo, Sarvier, 1995. p.249-256.
- AMARAL, E. & PASSINI JR., R. – Ambiente e gravidez. In: NEME, B. – **Obstetrícia básica**. São Paulo, Sarvier, 1995. p.955-60.
- ARAGÃO, K.S. & SANTOS, Z.M.S.A – Sistematização da assistência de enfermagem à gestante com DHEG. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52, Recife, 2000. **Anais**. Recife, 2000. p.323.
- BRASIL. Ministério da Saúde – **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Brasília, OMS, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde – **Assistência institucional ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido**. Brasília, Ministério da Saúde, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde – **Gestação de alto risco**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/Programas/mulher/Gestao.htm>>. Acesso em: 19 ago. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde - **Emergências**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/Programas/mulher/Emergencias.htm>>. Acesso em: 26 jul. 2001a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde - **Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <[http://www.icb.usp.br/icb\\_j\\_res196.html](http://www.icb.usp.br/icb_j_res196.html)>. Acesso em: 01 de ago. 2001b.

- BRASIL. Ministério da Saúde – **Saúde do adolescente**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/Programas/adolescente/adolescenc.htm>>. Acesso em: 02 mar. 2001c.
- CARPENITO, L.J. – **Diagnóstico de enfermagem – aplicação à prática clínica**. 6ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997. 812p.
- CARPENITO, L.J. – **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 6.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1999. 488p.
- CARVALHO, L.H.; NOMELLINI, P.F.; FÂNCIO, S.A.; LOPES, M.H.B.M. – Diagnósticos de enfermagem em uma unidade de internação de gestantes de alto risco, segundo a taxonomia da NANDA. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, São Paulo, 1996. **Anais**. São Paulo, 1996. p.416.
- CROSSETTI, M.G.G. – Algumas reflexões sobre o diagnóstico de enfermagem e os elementos do processo de trabalho. **Texto Contexto Enferm.**, **4**:150-9, 1995.
- CRUZ, D.A.L.M. & PIMENTA, C.A.M. – Câncer e dor: alterações nos padrões de resposta humana. **Acta Paul. Enferm.**, **7**:27-4, 1994.
- CUNHA, A.A.; GELLER, M.; SETTI, Y.B.; CORREA, C.S.; ARAUJO, N.C.D.A.; PESSOAS, R.L.H. – Gestação de alto risco – avaliação de sua incidência. **J. Bras. Ginecol.**, **100**:83-4, 1990.
- DIAS, M.A. & CUNHA, A.M.C.A. – **Sistematização da assistência de enfermagem – da teoria à prática**. São Paulo, COREN-SP, 1999.
- DICKASON, E.J. & SCHULT, M.O. – **Clinical companion to maternal-infant nursing care**. St. Louis, Mosby, 1998. 383p.
- FARIAS, J.N.; NÓBREGA, M.M.L.; PÉREZ, V.L.A.B.; COLER, M.S. - **Diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa, 1990. p.23-41.

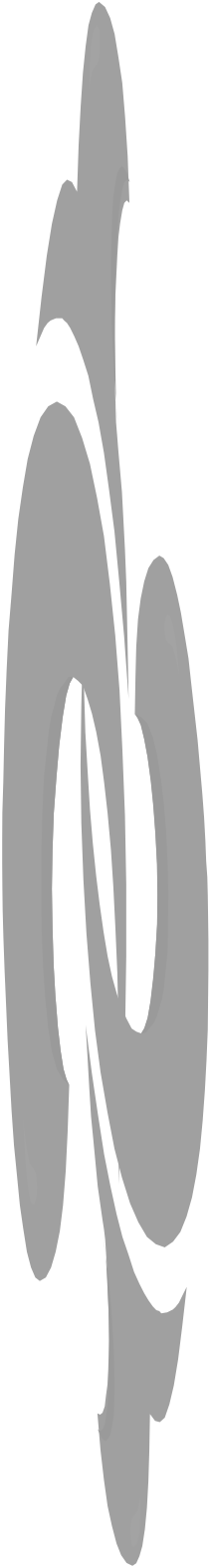
- FARIAS, M.D.M; RIBEIRO, R.D.; HOLANDA, V.M.S.; SANTOS, M.M.P.; ZARANZA, J.S. – Acompanhante, uma estratégia necessária na assistência ao parto? In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO, Fortaleza, 2000. **Anais**. Fortaleza, 2000. p.81.
- GIRALDO, P.C. & SIMÕES, J.A. – Doenças sexualmente transmissíveis. In: NEME, B. – **Obstetrícia básica**. São Paulo, Sarvier, 1995. p.329-37.
- GOMES, A.L.A. & VARELLA, Z.M. – Gravidez na adolescência: o medo, a submissão e as perdas. In: VARELLA, Z.M. – **Dimensões do cotidiano, violência doméstica, saúde da mulher e desempenho no trabalho**. Fortaleza, UFC, 1998. p.41-50.
- GORDON, M. – **Nursing diagnosis: process and application**. 3.ed. St. Louis, Mosby, 1994. 421p.
- HANSON-SMITH, B. – **Nursing care planning guides for childbearing families**. 4.ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1994. 211p.
- IYER, P.W; TAPTICH, B.J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. – **Processo e diagnóstico em enfermagem – o processo de enfermagem**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. 325p.
- KRASNOSCHECOFF, N.M. - Rotura Prematura das Membranas Ovulares. In: NEME, B. - **Obstétrica Básica**. São Paulo, Sarvier, 1995. p.406-412.
- LEVEIN, R.F. & MILLER, B.K. – Refinement of anxiety/fear nursing diagnoses. In: NATIONAL CONFERENCE OF THE NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 13, St. Louis, 1998. **Abstracts**. St. Louis, 1998.
- MARIA, V.L.R. – **Preparo de enfermeiras para a utilização de diagnósticos de enfermagem, relato de experiência**. São Paulo, 1990. [Dissertação – Mestrado – Escola Paulista de Medicina]
- MARIN, H.F. - Vocabulários em enfermagem: revisão e atualização. **Nursing**, **32**:25-28, 2001.

- MASSI, M. – **Vida de mulheres – cotidiano e imaginário**. Rio de Janeiro, Imago, 1992. 226p.
- MAZZO, M.H.S.N. – **Identificação de diagnósticos de enfermagem em gestantes com base na teoria das necessidades humanas básicas**. João Pessoa, 1997. [Dissertação – Mestrado – Universidade Federal da Paraíba]
- MUAD FILHO, F; COELHO, M.H.B.D.; DUARTE, G.; URBANETZ, A.A. – Avaliação da assistência pré-natal em pacientes de alto risco. **Rev. Paul. Med.**, **103**:164-8, 1985.
- NEME, B. – Doença hipertensiva específica da gestação. Pré eclâmpsia-eclâmpsia. In: REZENDE, J. – **Obstetrícia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991.
- NEME, B. – **Incidência de síndrome hipertensiva em gestantes internadas no Hospital Maternidade “Leonor Mendes de Barros”**. São Paulo, 1993. [Apostila]
- NEME, B. – **Obstetrícia básica**. São Paulo, Sarvier, 1995. 996p.
- NEME, B. - Doença Hipertensiva Específica da Gestação. In: \_\_\_\_\_ - **Obstetrícia Básica**. São Paulo, Sarvier, 1995. p.216-243.
- NOBREGA, M.M.L. & GARCIA, T.R. – **Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA. Sistematização das propostas do II SNDE**. João Pessoa, A União, 1994. 138p.
- NÓBREGA, M.M.L. & GUTIÉRREZ, M.G.R. - Classificação internacional da prática de enfermagem - CIPE/CIE: uma visão geral da versão alfa e considerações sobre a construção da versão beta. In: CHIANCA, T.C.M. & ANTUNES, M.J.M. (org.) - **A Classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva**. CIPESC, Brasília. Associação Brasileira de Enfermagem, 1999. p.8-33.
- NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION – **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 1999-2000**. Porto Alegre, Artes Médicas, 2000. 184p.

- OLIVEIRA, M.A.C. & EGREY, E.Y. – A adolescência enquanto fenômeno social: possibilidades e necessidades de investigação científica em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, **46**:63-7, 1993.
- PEREIRA, B.G. - Infecção Urinária. In: NEME, B. - **Obstétrica Básica**. São Paulo, Sarvier, 1995. p.338-340.
- RESENDE, L.B; LEÃO, D.C.M.R.; COSTA, R.F.; PAIXÃO, I.M. – A parturiente e o acompanhante – primeiro passo para o cuidado humanizado. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO, Fortaleza, 2000. **Anais**. Fortaleza, 2000. p.81.
- SCHIRMER, J. – Trabalho e maternidade: qual o custo para as mulheres? In: OLIVEIRA, E.M. & SACAVONE, L., orgs. – **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia, AB, 1997. p.101-13.
- SEIXAS, L. - **A saúde oral da mulher**. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br>>. Acesso em: 18 jul. 2001.
- SILVA, J.L.P. - Prematuridade: Aspectos Obstétricos. In: NEME, B. - **Obstétrica Básica**. São Paulo, Sarvier, 1995a. p.372-379.
- SILVA, J.L.P. - Uteroinibição. In: NEME, B. - **Obstétrica Básica**. São Paulo, Sarvier, 1995b. p.696-698.
- SILVA, A.S. – **Doença hipertensiva específica da gestação – proposta de assistência de enfermagem à gestante**. João Pessoa, 1996. [Dissertação – Mestrado – Universidade Federal da Paraíba]
- SILVEIRA, I.P. & BEZERRA, M.G.A. – A importância da presença de um acompanhante por ocasião do parto. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52, Recife, 2000. **Anais**. Recife, 2000. p.515.



- SMELTZER, S.C. & BARE, B.G. – O processo de enfermagem. In: \_\_\_\_\_ - **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1994. p.19-35.
- SOUZA, M.M.C. – A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. In: VIEIRA, E.M.; FERNANDES, M.E.L.; BAILEY, P.; MEKAY, A., org. – **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro, 1998. p.74-91.
- TANAKA, A.C.D. – **Dossiê de mortalidade materna**. São Paulo, Rede Saúde, 2000.
- VALE, I.N. – **Risco para amamentação ineficaz: proposta de diagnóstico de enfermagem**. São Paulo, 1999. [Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo]
- VIÇOSA, G. – Atendimento em grupo a gestantes adolescentes e seus companheiros: uma experiência de 10 anos. **Rev. Psiquiatr.**, **15**:65-9, 1993.
- WALDOW, V.R. – Processo de enfermagem: teoria e prática. **Rev. Gaúcha Enferm.**, **9**:14-22, 1988.
- ZIEGEL, E.E. & CRANLEY, M.S. – **Enfermagem obstétrica**. 8.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985. 696p.



## ***ANEXOS***

## Anexo 1

### PROPOSTA DE UM MODELO DE PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À GESTAÇÃO DE RISCO

#### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

##### Identificação

NA: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Formulário nº: \_\_\_\_\_

Iniciais do nome: \_\_\_\_\_ Data de admissão: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Formulário nº: \_\_\_\_\_

Estado marital: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

#### 1 - Padrão de percepção do controle da saúde

1.1 Como você descreveria sua saúde: Excelente  Boa  Regular  Má

1.2 O que faz para se manter saudável e prevenir doenças:

Alimentação saudável  Auto-exame das mamas  Imunizações

Controle de peso  Exame de prevenção do câncer  Controle de estresse

Exercícios, caminhadas  Exames de saúde periódicos

1.3 Uso de: Fumo  Medicamentos prescritos  Medicamentos não prescritos  Álcool

Drogas

1.4 Descreva sua doença/ razão da hospitalização (causa, quando iniciou): \_\_\_\_\_

1.5 Tratamento ou práticas recomendadas:

Tratamento	Prescrito	Realizado	Justificativa (se não realizou)
Dieta			
Medicação			
Repouso			

1.6 Existem remédios populares (ervas, chás) que você acha úteis? Não  Sim  Quais? \_\_\_\_\_

1.7 Você costuma utilizá-los durante a gravidez? Não  Sim

Quais? \_\_\_\_\_

## 2 - Padrão Nutricional – Metabólico

2.1 Ingesta de líquidos (nº copos /dia): Água  Suco  Refrigerante  Leite   
Outros \_\_\_\_\_

2.2 Ingesta diária de alimentos:

Dia da semana: \_\_\_\_\_

Final de semana \_\_\_\_\_

2.3 Como é o apetite?: Apetente  Inapetente  Indigestão  Náusea  Vômito

2.4 Existem restrições alimentares: Não  Sim  Quais? \_\_\_\_\_

2.5 Preferências alimentares na gravidez: \_\_\_\_\_

2.6 Faz uso de suplemento alimentar (vitaminas, alimentação especial): Não  Sim   
Quais? \_\_\_\_\_

2.7 Peso anterior à gravidez: \_\_\_\_\_ Peso atual: \_\_\_\_\_

2.8 Peso durante a gravidez:

1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês

## 3 - Padrão de eliminação

3.1 Padrão de micção: Não alterado  Alterado

Polaciúria  Poliúria  Disúria  Ardência  Incontinência  Nictúria   
Outros \_\_\_\_\_

3.2 Padrão de eliminação intestinal:

Horário: \_\_\_\_\_ Freqüência: antes da gravidez \_\_\_\_\_ vez(es)/dia; atual: \_\_\_\_\_  
vez(es)/dia Coloração: \_\_\_\_\_ Consistência: \_\_\_\_\_

3.3 Uso de laxantes: Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_

## 4 - Padrão de Atividade – Exercícios

4.1 Atividades cotidianas diárias:

Ocupação:

\_\_\_\_\_

Exercícios: tipo: \_\_\_\_\_ freqüência: \_\_\_\_\_

Atividades de lazer: \_\_\_\_\_

Responsabilidade pela prestação de cuidados: \_\_\_\_\_

4.2 Limitações na capacidade: Deambular  Vestir-se  Banhar-se  Realizar atividades domésticas

Outros \_\_\_\_\_

4.3 Apresenta dispnéia ou fadiga? Não  Sim

4.4 Existem fatores que poderiam interferir no autocuidado após a alta? Não  Sim

Quais? \_\_\_\_\_

## 5 - Padrão de sono- repouso

5.1 Padrão habitual de sono: Horário de dormir: \_\_\_\_\_ Auxiliares do sono: \_\_\_\_\_ Horas dormidas: \_\_\_\_h

5.2 Tem dificuldade para dormir? Não  Sim

5.3 Tem dificuldade para permanecer adormecido? Não  Sim

5.4 Sente-se descansado após o sono? Não  Sim

## 6 - Padrão cognitivo-perceptual

6.1 Déficit para percepção sensorial:

<b>AUDIÇÃO</b>	Zumbido <input type="checkbox"/>	Usa aparelho auditivo <input type="checkbox"/>	Perda auditiva <input type="checkbox"/>
	Dor <input type="checkbox"/>	Sensibilidade ao som <input type="checkbox"/>	Outros: _____
<b>OLFATO</b>	Alergia <input type="checkbox"/>	Epistaxe <input type="checkbox"/>	Obstrução <input type="checkbox"/> Alt. no olfato _____
<b>VISÃO</b>	Óculos <input type="checkbox"/>	Perda visual <input type="checkbox"/>	Escotomas <input type="checkbox"/>
	Lentes de contato <input type="checkbox"/>	Dor <input type="checkbox"/>	Outros: _____

6.2 Tem queixa de: Vertigem  Insensibilidade à dor superficial  Insensibilidade ao frio e ao calor

6.3 É capaz de:

<b>Ler</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Com dificuldade <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<b>Escrever</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Com dificuldade <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<b>alar/comunicar</b>	Bem <input type="checkbox"/>	Com dificuldade <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<b>Compreender</b>	Bem <input type="checkbox"/>	Com dificuldade <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

6.4 Idioma(s) falado(s): \_\_\_\_\_

## 7 - Padrão de autopercepção

7.1 O que mais a preocupa, no momento: \_\_\_\_\_

7.2 O que você espera em relação ao seu tratamento? \_\_\_\_\_

7.3 Sobre o que você gostaria de saber mais? \_\_\_\_\_

7.4 Como você se descreveria?: \_\_\_\_\_

7.5 O fato de estar doente/internada a faz sentir-se diferente sobre si mesma? \_\_\_\_\_

7.6 A que você atribui o seguinte:

Ficar doente: \_\_\_\_\_

Melhorar: \_\_\_\_\_

Manter a saúde: \_\_\_\_\_

## 8 - Padrão de papel- relacionamento

8.1 Você mora sozinha? Sim  Não  Com quem? \_\_\_\_\_

8.2 A quem você recorre em caso de necessidade: Marido  Pais  Parentes  Amigos

Outros: \_\_\_\_\_

8.3 Dificuldades conjugais: Não  Sim  Quais? \_\_\_\_\_

8.4 Dificuldades no relacionamento com pais e(ou) parentes: Não  Sim  Quais? \_\_\_\_\_

8.5 Abuso físico ou mental, uso de drogas: Não  Sim  Especificar \_\_\_\_\_

8.6 Apresenta dificuldades no papel de mãe: Não  Sim  Quais? \_\_\_\_\_

8.7 A gravidez atual foi **planejada**?: Sim  Não  É **desejada**?: Sim  Não

## 9 - Padrão de sexualidade

9.1 Já ocorreu ou prevê mudanças nas relações sexuais devido a sua gravidez/doença?

Não  Sim  Quais? \_\_\_\_\_

## 10 - Padrão de resolução

10.1 Houve alguma mudança importante na sua vida nos últimos dois anos? Não  Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

10.2 Com quem você costuma se desabafar? Você tem contato com ela? \_\_\_\_\_

10.3 Quando você tem problemas, como você lida com eles? Toma decisões sozinha ou com ajuda de alguém? Na maioria das vezes você consegue resolver seus problemas? \_\_\_\_\_

10.4 Na maior parte do tempo você está tensa ou relaxada? O que você faz quando está tensa? \_\_\_\_\_

10.5 O que as enfermeiras podem fazer para proporcionar-lhe mais conforto e segurança durante a sua hospitalização? \_\_\_\_\_

### **11 - Sistema de valores - crenças**

11.1 Você geralmente consegue as coisas que deseja para a sua vida? Tem planos importantes para o futuro? \_\_\_\_\_

11.2 A religião é importante na sua vida? Tem ajudado a enfrentar dificuldades? \_\_\_\_\_

11.3 A internação está interferindo em alguma prática religiosa? \_\_\_\_\_

### **12 - Exame físico geral**

Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Estado mental (sinais de ansiedade, habilidade interativa/comunicação): \_\_\_\_\_

**Pele:** Cor \_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_ Turgidez \_\_\_ Edema \_\_\_ /4+ Lesão \_\_\_ Hematoma \_\_\_

**Cabeça:** Cefaléia: \_\_\_\_\_ **Boca** (gengivas e dentes) **e garganta:** \_\_\_\_\_

**Olhos:** Secreções  **Mucosas:** Coradas  Descoradas  Hiperemia

**Ouvidos:** Dor  Cerume em excesso

**Pescoço:** \_\_\_\_\_

**Músculo esquelético:** Cãibras  Lombalgia  Outros: \_\_\_\_\_

**Respiratório:** \_\_\_\_\_

**Cardiovascular:** \_\_\_\_\_

**MMII:** Varizes  Edema  \_\_\_ /4+ Sinais de tromboflebite: \_\_\_\_\_

### **13 - Propedêutica Obstétrica**

#### **13.1 - Anamnese obstétrica**

**DUM:** \_\_\_\_\_ **DPP:** \_\_\_\_\_ **IG:** \_\_\_\_\_

G: \_\_\_ P: \_\_\_ PN: \_\_\_ PC: \_\_\_ PF: \_\_\_ AE: \_\_\_ AP: \_\_\_ Intervalo intrapartal: \_\_\_

Motivo parto cesárea: \_\_\_\_\_

**Anticoncepção:** \_\_\_\_\_

**Prenhez progressiva:** \_\_\_\_\_

**Filhos:** Vivos: \_\_\_\_\_ Mortos: \_\_\_\_\_ Natimortos: \_\_\_\_\_ Malformações \_\_\_\_\_ Prematuros \_\_\_\_\_

**Amamentação:** Amamentou filhos anteriores? Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Apresentou algum problema durante amamentação? Não  Sim  Quais? \_\_\_\_\_

Pretende amamentar filho atual? Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

### 13.2 - Exame obstétrico:

**Mamas:** Inspeção: \_\_\_\_\_ Mamilos: \_\_\_\_\_ Palpação: \_\_\_\_\_

Colostro

**Abdômen:**

**Mensuração:** AU: \_\_\_\_\_ CA: \_\_\_\_\_ **Ausculta:** BCF: \_\_\_\_\_ Rítmico  Arritmico

**Exame especular:** \_\_\_\_\_

**Toque:** Colo: grosso  médio  fino  Dilatação: \_\_\_\_\_ Apresentação: \_\_\_\_\_

Posição: \_\_\_\_\_ De Lee: \_\_\_\_\_

Bolsa: íntegra  rota  Aspecto do líquido \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

**Dinâmica uterina:** Ausente  Presente  \_\_\_\_\_ Amnioscopia/Amniocentese: \_\_\_\_\_

### 13.3 - Exames complementares (os mais recentes)

Data	Exame realizado	Resultado

**13.4 - Diagnóstico clínico e obstétrico atual:** \_\_\_\_\_



## **Anexo 2**

### **Pesquisa: Proposta de um modelo de Processo de Enfermagem na Assistência à Gestação de Risco**

#### **Termo de consentimento**

A pesquisa a ser realizada trata-se de um estudo sobre quais cuidados as enfermeiras irão fornecer às gestantes de risco.

As informações que a senhora nos fornecer servirão para identificar os diagnósticos de enfermagem e conseqüentemente para elaborar um plano de cuidados que poderá ajudar as enfermeiras a cuidar das gestantes de risco. Para que isso ocorra corretamente, os dados fornecidos pela senhora serão discutidos juntamente com outras enfermeiras.

A senhora poderá participar ou não da pesquisa e tem direito de se recusar a responder qualquer uma das questões ou de ser examinada, sem que isso prejudique seu atendimento neste hospital. O seu nome e seus dados serão mantidos em sigilo.

Benefícios aos voluntários: com o plano de cuidados de enfermagem elaborado, as enfermeiras poderão direcionar os cuidados de enfermagem e dar prioridades aos procedimentos a serem executados; isso permite que a gestante tenha uma assistência adequada e de qualidade, podendo, assim, satisfazer suas necessidades atuais.

As pessoas que participarem da pesquisa não receberão ajuda financeira ou outros benefícios.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência – São Paulo, cujo telefone é (0XX11) 253-5022.

### **Declaração de Consentimento**

Tendo escutado as informações dadas sobre a pesquisa; tido a oportunidade de fazer perguntas e receber respostas que me deixaram satisfeita, bem como entender que tenho direito de sair do assunto a qualquer momento em que desejar, sem que isto traga conseqüências, aceito participar desta pesquisa.

São Paulo,        de                        de 2000.

Nome do cliente/responsável: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: Helga Geremias Gouveia

Assinatura: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: (0XX11) 9960-4591.

## **Anexo 4**

### **PADRÕES DE RESPOSTA HUMANA - NANDA**

Padrão 1: TROCAR

Padrão 2: COMUNICAR

Padrão 3: RELACIONAR

Padrão 4: VALORIZAR

Padrão 5: ESCOLHER

Padrão 6: MOVER

Padrão 7: PERCEBER

Padrão 8: CONHECER

Padrão 9: SENTIR