

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

PESQUISA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11510

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM GESTANTES DE ALTO RISCO HOSPITALIZADAS

*Nursing diagnoses in high-risk pregnant women hospitalized in maternity**Diagnóstico de enfermería en mujeres embarazadas de alto riesgo hospitalizadas en maternidad*Iana Linhares Mendes¹ João Víctor Lira Dourado² Maria Adelane Monteiro da Silva¹ Andrea Carvalho Araújo Moreira¹ Iane Ximenes Teixeira¹ 

RESUMO

Objetivo: descrever os diagnósticos de enfermagem em gestantes hospitalizadas em maternidade. **Método:** estudo de abordagem quantitativa, desenvolvido durante agosto de 2017 a julho de 2018, em maternidade de município do estado do Ceará. Constituiu-se como amostra 181 gestantes hospitalizadas. Para a coleta, utilizou-se de um instrumento estruturado. As informações foram compiladas e armazenadas no Excel. **Resultados:** dos 24 títulos diagnósticos de enfermagem identificados, 14 trata-se de diagnósticos reais e 10 de riscos. Os fatores relacionados mais predominantes foram ameaça à condição atual (89), seguida da privacidade insuficiente e barreira ambiental (75). Entre as características, destacam-se alteração na marcha, (42,54%), alteração no padrão de sono (41,43%), o local atual não possibilita envolvimento em atividades (35,91%) e edema (33,14%). Predominaram como fatores de risco procedimento invasivo e gravidez não planejada por 55,24%. **Conclusão:** as situações clínicas das gestantes de alto risco representaram os principais problemas biopsíquicos.

DESCRIPTORES: Gravidez de alto risco; Hospitalização; Enfermagem; Diagnóstico; Maternidades.

¹ Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

² Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Recebido em: 10/11/2021; Aceito em: 03/01/2022; Publicado em: 28/09/2022

Autor correspondente: João Víctor Lira Dourado, E-mail: jvdourado1996@gmail.com

Como citar este artigo: Mendes IL, Dourado JVL, Silva MAM, Moreira ACA, Teixeira IX. Diagnósticos de enfermagem em gestantes de alto risco hospitalizadas. *R Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2022 [acesso ano mês dia];14:e11510. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11510>



ABSTRACT

Objective: to describe the nursing diagnoses in pregnant women hospitalized in a maternity hospital. **Method:** quantitative approach study, developed during August 2017 to July 2018, in a maternity hospital in the municipality of the state of Ceará. The sample consisted of 181 hospitalized pregnant women. For the collection, a structured instrument was used. The information was compiled and stored in Excel. **Results:** of the 24 nursing diagnostic titles identified, 14 are real diagnoses and 10 are risks. The most prevalent related factors were threats to the current condition (89), followed by insufficient privacy and environmental barriers (75). Among the characteristics, changes in gait (42.54%), changes in sleep patterns (41.43%), the current location do not allow involvement in activities (35.91%) and edema (33.14) %. Invasive procedures and unplanned pregnancies predominated as risk factors for 55.24%. **Conclusion:** the clinical situations of high-risk pregnant women represented the main biopsychospiritual problems.

DESCRIPTORS: Pregnancy, High-risk; Hospitalization; Nursing; Diagnosis; Hospitals, maternity.

RESUMEN

Objetivo: describir los diagnósticos de enfermería en gestantes hospitalizadas en una maternidad. **Método:** estudio de abordaje cuantitativo, desarrollado durante agosto de 2017 a julio de 2018, en una maternidad del municipio del estado de Ceará. La muestra estuvo constituida por 181 gestantes hospitalizadas. Para la colección se utilizó un instrumento estructurado. La información se recopiló y almacenó en Excel. **Resultados:** de los 24 títulos de diagnóstico de enfermería identificados, 14 son diagnósticos reales y 10 son riesgos. Los factores relacionados más prevalentes fueron las amenazas a la condición actual (89), seguidas de la privacidad insuficiente y las barreras ambientales (75). Entre las características, cambios en la marcha (42,54%), cambios en los patrones de sueño (41,43%), la ubicación actual no permiten la participación en actividades (35,91%) y edema (33,14) %. Los procedimientos invasivos y los embarazos no planeados predominaron como factores de riesgo para el 55,24%. **Conclusión:** las situaciones clínicas de las gestantes de alto riesgo representaron los principales problemas biopsicoespirituales.

DESCRIPTORES: Embarazo de alto riesgo; Hospitalización; Enfermería; Diagnóstico; Maternidades.

INTRODUÇÃO

Durante o transcurso da gravidez, seja no início, meio ou final, características de cada mulher podem trazer complicações e riscos à saúde da mãe e/ou do feto, diferenciando-se, assim, como gestação de alto risco. Caracteriza-se, muitas vezes, por uma condição sociobiológica e/ou comorbidade materna, as quais podem maximizar os riscos de intercorrências.¹

A hipertensão gestacional e o diabetes *mellitus* gestacional são condições específicas do ciclo gravídico-puerperal e compõem os principais motivos de morbimortalidade materna e perinatal. Os distúrbios hipertensivos da gravidez ocorrem em 10% de todas as gestações ao redor do mundo e a ocorrência de diabetes *mellitus* varia de 1 a 14% destas.² Em estudos conduzidos no Brasil, as prevalências de hipertensão gestacional variam entre 0,6 a 31,1 % e o diabetes *mellitus* gestacional entre 0,2 a 3,4%.³

Diante da ocorrência da mortalidade materna, a assistência pré-natal não pode prever as complicações do parto na maioria das mulheres, porém, a promoção da saúde e a identificação dos riscos poderão favorecer o prognóstico materno. A detecção de qualquer risco implica na necessidade de atenção especializada e, se necessário referência da atenção básica para um serviço de nível mais complexo.⁴

Deste modo, o pré-natal de alto risco é realizado por uma equipe multidisciplinar e o enfermeiro é parte integrante, cabendo ao profissional acolher a paciente para avaliar as prioridades de acordo com os agravos e através da avaliação estabelecer cuidados. Este, em consequência dos diversos agravos que acometem

as gestantes internadas, tem utilizado da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para melhoria na assistência a cliente considerando a equipe de saúde.⁵

É por meio desta ferramenta que o trabalho torna mais organizado o cuidado da enfermagem, tanto quanto ao método instrumental e pessoal. O Processo de Enfermagem (PE) é uma estratégia padronizada e com ações interdependentes e interdisciplinares, facilitando uma melhor comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais. É composto por seis etapas que estão inter-relacionadas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, intervenção de enfermagem e avaliação de enfermagem.⁶

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é a base para o PE, pois a partir dele que se realiza a avaliação clínica utilizando-se critérios para nortear os resultados esperados e as intervenções. De acordo com o *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA),⁷ os DE são como a análise clínica sobre as respostas aos problemas de saúde reais ou potenciais, sendo a base para seleção das intervenções para obter resultados pelos quais a enfermagem é responsável.

Em uma busca em sítios eletrônicos sobre os processos assistenciais incorporados por tecnologias, especialmente, no tocante aos da área da enfermagem, a exemplo do PE e da SAE, constatou-se o emprego para as diversas condições clínicas de pacientes. No entanto, na atenção à saúde materno-infantil evidenciou-se a deficiência de investigações sobre a aplicabilidade nesta abordagem, apresentando-se discreta no campo da produção do conhecimento científico.

Isto posto, buscou-se saber: quais os DE mais prevalentes em gestantes de alto risco em condição de internação hospitalar? Assim sendo, o presente estudo objetiva-se descrever os DE em gestantes hospitalizadas em maternidade da região Norte do Estado do Ceará.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido entre agosto de 2017 a julho de 2018, em maternidade localizada em município de médio porte do Estado do Ceará, Brasil.

Esta pertence a uma instituição hospitalar filantrópica e conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS). É considerada como referência secundária e terciária para 55 municípios da 11ª macrorregião do Estado. Estima-se que desde o início do ano de 2019 já foram realizados 13.676 atendimentos, 5.355 internamentos e 4.020 partos.⁸

Constituiu-se como amostra 181 gestantes hospitalizadas nas enfermarias de alto risco do referido hospital. Como critérios de inclusão, estabeleceram: gestantes de alto risco, internadas por motivos clínicos ou obstétricos e com permanência igual ou superior a 24 horas na unidade. Excluíram-se gestantes menores de 18 anos, pela necessidade do consentimento do responsável legal e a inclusão de características específicas.

Para a coleta de dados, utilizou-se de um instrumento com aspectos sobre anamnese e exame físico e aplicou-se a entrevista estruturada com questões acerca do perfil sociodemográfico, história obstétrica, aspectos clínicos e necessidades biopsicoespirituais, elaboradas com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.⁶

As informações foram compiladas e armazenadas no programa de planilhas Excel 2016 da *Microsoft Office* e, posteriormente realizou-se análise descritiva das variáveis coletadas, as quais foram expressas em frequência absoluta e relativa.

Da caracterização sociodemográfica, obstétrica, clínica e necessidades biopsicoespirituais, identificaram-se as características definidoras, os fatores relacionados e de risco e, em seguida os diagnósticos de enfermagem conforme os domínios e classes da Taxonomia II da NANDA – I por meio de três etapas.

Em um primeiro momento, a partir da busca das características definidoras e fatores de risco da taxonomia, selecionou-se uma lista de possíveis DE. Na segunda etapa, pelo raciocínio clínico e pensamento crítico, validaram-se os DE frequentes na amostra do estudo. Esta foi realizada de forma independente por duas enfermeiras pesquisadoras com experiência na área temática e, posteriormente por seis enfermeiras assistenciais que atuavam no local de estudo, assim, as validações divergentes foram decididas por consenso entre os grupos. A terceira etapa consistiu em calcular a prevalência de cada DE validado a partir da frequência das características definidoras e fatores de risco encontrados em cada DE.

O estudo respeitou os aspectos éticos postulados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e, todas as participantes

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Obteve-se parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa nº 1.218.248.

RESULTADOS

Identificaram 24 DE, distribuídos em 12 dos 13 domínios da taxonomia da NANDA-I, sobressaindo-se os domínios atividade/repouso, segurança/proteção, nutrição, conforto, papéis e relacionamentos, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos títulos DE segundo a NANDA-I, conforme domínios da teoria das necessidades humanas básicas. Sobral, CE, Brasil, 2018

Títulos diagnósticos de enfermagem	n	%
Necessidades psicossociais		
Diagnósticos reais		
Ansiedade (00146)	102	56,35
Conhecimento deficiente (00126)	64	35,35
Processos familiares interrompidos (00060)	29	16,02
Necessidades psicoespirituais		
Diagnóstico potencial		
Risco de religiosidade prejudicada (00170)	15	8,28
Necessidades psicobiológicas		
Diagnósticos reais		
Distúrbio no padrão de sono (00198)	75	41,43
Envolvimento em atividades de recreação diminuído (00097)	69	38,12
Volume de líquidos excessivo (00026)	68	37,56
Obesidade (00232)	48	26,51
Mobilidade física prejudicada (00085)	32	17,67
Constipação (00011)	33	18,23
Dentição prejudicada (00048)	30	16,57
Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais(00002)	21	11,60
Dor aguda (00132)	09	4,97
Náusea (00134)	06	3,31
Diagnósticos potenciais		
Risco de perfusão tissular periférica ineficaz (00228)	158	87,29
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída (00200)	158	87,29
Risco de paternidade ou maternidade prejudicada (00057)	139	76,79
Risco de integridade da pele prejudicada (00047)	105	58,01
Risco de infecção (00004)	100	55,24
Risco de quedas (00155)	73	40,33
Risco de binômio mãe-feto perturbado (00209)	40	22,09
Risco de sangramento (00206)	30	16,57
Risco de glicemia instável (00179)	10	5,52
Risco de desequilíbrio eletrolítico (00195)	03	1,65

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Dos 24 títulos DE identificados, 14 (70%) tratam-se de diagnósticos reais e 10 (30%) de riscos. Considerando as necessidades psicossociais, evidenciou-se o DE 'ansiedade' (n=102, 56,35%) como o mais prevalente; nas necessidades psicoespirituais o DE que mais se destacou foi o risco de 'religiosidade prejudicada' (n=15, 8,88%) e; nas necessidades psicobiológicas o DE 'distúrbio no padrão de sono' (n=75, 41,43%); 'envolvimento em atividades de recreação diminuído' (n= 69, 38,12%) e 'volume de líquidos excessivos' (n= 68, 37,56%) foram os de maiores prevalências, sendo estes diagnósticos reais.

Quanto aos diagnósticos potenciais, os mais prevalentes foram: 'risco de perfusão tissular periférica ineficaz' e 'risco de perfusão tissular cardíaca diminuída', presentes em 87,29%, seguido do 'risco de paternidade ou maternidade prejudicada' com 76,79%, 'risco de integridade da pele prejudicada' com 58,01%, 'risco de infecção' com 55,24% e 'risco de quedas' com 40,33% da amostra do estudo.

A Tabela 2 apresenta que os fatores relacionados mais predominantes entre as gestantes foram: 'ameaça à condição atual' 49,17% (89), seguida da 'privacidade insuficiente' e 'barreira ambiental' apresentados por 41,43% (75), 'atividade de recreação insuficiente' e 'mecanismo regulador comprometido', ambos com 35,91% (65).

Entre as características mais identificadas na amostra, destacam-se as mais prevalentes como: 'alteração na marcha' (42,54%), 'alteração no padrão de sono' (41,43%), 'o local atual não possibilita envolvimento em atividades' (35,91%) e 'edema' (33,14%), representados na Tabela 3.

Tabela 2 – Distribuição dos fatores relacionados apresentados por gestantes de alto risco hospitalizadas. Sobral, CE, Brasil, 2018

Fatores relacionados	n	%
Ameaça à condição atual	89	49,17
Privacidade insuficiente	75	41,43
Barreira ambiental	75	41,43
Atividade de recreação insuficiente	65	35,91
Mecanismo regulador comprometido	65	35,91
Controle ambiental insuficiente	60	33,14
Comportamento sedentário	48	26,51
Comportamento alimentares inadequados	48	26,51
Informação insuficiente	35	19,33
Restrições prescritas de movimento	32	17,67
Crise situacional	28	15,46
Hábitos alimentares inadequados	23	12,70
Agente lesivo (biológico, físico e químico)	19	10,49
Ingestão alimentar insuficiente	16	8,83
Mudança ambiental recente	10	5,51
Mudança importante	13	7,18
Higiene oral inadequada	07	3,86
Gravidez	06	3,31
Hospitalização prolongada	03	1,65

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Tabela 3 – Distribuição das características definidoras presentes em gestantes de alto risco hospitalizadas. Sobral, CE, Brasil, 2018

Características definidoras	n	%
Alteração na marcha	77	42,54
Alteração no padrão de sono	75	41,43
O local atual não possibilita envolvimento em atividades	65	35,91
Edema	60	33,14
Nervosismo	50	27,62
Medo	51	28,17
Adulto: IMC>30kg/M ²	46	25,41
Desconforto com a situação	45	24,86
Seguimento inadequado de instruções	36	19,88
Preocupações devido a mudanças em eventos da vida	36	19,88
Conhecimento insuficiente	35	19,33
Redução da frequência das fezes	32	17,67
Mudanças na satisfação com a família	32	17,67
Autorrelato de dor	26	14,36
Ausência de dentes	20	11,04
Ingestão de alimentos menor que a PDR*	18	9,94
Angústia	13	7,18
Sensibilidade abdominal com resistência muscular palpável	13	7,18
Inquietação	07	3,86
Adulto: IMC>25kg/M ²	07	3,86
Sensação de vontade de vomitar	04	2,20
Náuseas	02	1,10
Agonia	01	0,55

*Porção diária recomendada.

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Entre os fatores de risco encontrados na amostra apresentados na Tabela 4, predominaram 'procedimento invasivo' e 'gravidez não planejada', apresentados por 55,24% (100), seguido por 'ausência de sono' e 'ambiente desorganizado', ambos em 41,43% (75) e 'estilo de vida sedentário', correspondendo a 24,86% (45) da amostra.

DISCUSSÃO

Ao considerar a experiência de gestantes de alto risco no ambiente hospitalar, sobrecarregada de emoções ambivalentes quanto à internação e o estado de saúde do binômio, revela-se a importância do PE como estratégia para garantir planos de cuidados individuais, de acordo com as necessidades biológicas, psicológicas e sociais.

O enfermeiro enquanto profissional de saúde que possui contato direto com o paciente e que tem como prioridade de atuação a produção do cuidado para a manutenção da vida, ao priorizar a integralidade da assistência a partir de um olhar holístico do indivíduo, trata as respostas humanas sob os determinantes sociais e as vulnerabilidades em saúde, identificando desta forma as necessidades e os fatores.

Tabela 4 – Distribuição dos fatores de risco aos diagnósticos presentes em gestantes de alto risco hospitalizadas. Sobral, CE, Brasil, 2018

Fatores de risco	n	%
Procedimento invasivo	100	55,24
Gravidez não planejada	100	55,24
Ausência de sono	75	41,43
Ambiente desorganizado ou cheio de objetos	75	41,43
Estilo de vida sedentário	45	24,86
Gravidez indesejada	39	21,54
Prematuridade	32	17,67
Complicação da gestação	31	17,12
Ruptura prematura de membranas	29	16,02
Hipertensão Arterial Sistêmica	27	14,91
Complicações relativas à gravidez	23	12,70
Controle insuficiente do diabetes	08	4,41
Tabagismo	07	3,86
Nutrição inadequada	07	3,86
Alteração no turgor da pele	07	3,86
Agente farmacológico	06	3,31
Vômitos	03	1,65
Imunossupressão	02	1,10

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Pelas características elencadas pela anamnese e exame físico, é possível selecionar os indicadores diagnósticos que incluem características definidoras e fatores relacionados para compor os DE com foco no problema de enfermagem, bem como as vulnerabilidades, que indicam os diagnósticos de risco. Esta fase diagnóstica é a norteadora para a obtenção dos resultados sensíveis às intervenções de enfermagem.

Deste modo, entre os DE reais mais frequentes no estudo, encontrou-se a ansiedade, definida como “sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autônoma, de apreensão causado pela antecipação ao perigo”.⁷ Está associada ao medo (28,17%), nervosismo (27,62%) e angústia (7,18%) que se constituem características definidoras para o referido diagnóstico.

A existência de ansiedade entre as mulheres provavelmente está relacionada a resposta cognitiva, afetiva, fisiológica e comportamental da experiência da gestação no ambiente hospitalar e de circunstâncias altamente imprevisíveis e incontrolláveis do estado de saúde, que tem possibilidade de serem uma ameaça aos interesses da paciente.

Estudo desenvolvido na cidade de Vancouver, Colúmbia Britânica, com 115 grávidas com níveis variados de risco materno, apresentou que mulheres com diagnóstico médico de gestação de risco moderado ou alto, estavam de cinco a sete vezes, mais propensas a desenvolver ansiedade em comparação às mulheres com risco clinicamente baixo.⁹

A ansiedade materna conforme apresenta outro estudo¹⁰, está correlacionada a complicações obstétricas e fetais, como alta incidência de ameaça de aborto; risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer; presença de sepse neonatal e taquipneia transitória no recém-nascido; desenvolvimento mais lento do hipocampo e atrasos no desenvolvimento infantil e os riscos ao desenvolvimento motor da criança.

O DE intitulado conhecimento deficiente esteve presente em mais da metade da amostra do estudo e, é definido como “a ausência de informações cognitivas ou de aquisição de conhecimento relativo a um aspecto específico”.⁷ Tem como fator relacionado informações insuficientes e característica definidora conhecimento insuficiente, ambos em 35 (19,3%) das mulheres gestantes hospitalizadas.

Esta é uma categoria diagnóstica ampla e identificável em diferentes situações e grupos de pacientes. No tocante à saúde do binômio, inviabiliza as gestantes de alto risco o reconhecimento de comportamentos deletérios que comprometem a qualidade de vida e o desenvolvimento do feto. Com relação a gestante de alto risco, alojamento na unidade obstétrica e relacionamento com a equipe de saúde, pode ainda limitar a valorização da autonomia, protagonismo das mulheres, estabelecimento de corresponsabilidades e implementação de cuidados.

Em estudo desenvolvido em uma maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal Fluminense, com 10 gestantes hospitalizadas, evidenciou que os profissionais de saúde compreendiam a gestante de risco. Todavia, não privilegiavam sua condição durante a gestação, não oportunizavam a tornarem-se sujeitos ativos e não promoviam cuidado com foco nos aspectos emocionais durante a hospitalização.¹¹

Nesse contexto, a insuficiência de saberes das pacientes gestantes expõe ao protagonismo do que deve lhe pertencer por direito constitucional e pelas propostas políticas vigentes e, aproxima ao modelo medicalizante, intervencionista e hospitalocêntrico e, por vezes, arbitrário e abusivo ainda presentes nos serviços de saúde.

Todavia, destaca-se que quando uma gestação é classificada de alto risco, hospitais devem ser organizados adequadamente para atender as necessidades do binômio, prevenindo complicações, assistindo as intercorrências e preservando a vida. Espera-se, mais do que somente competência tecnocientífica, que neste espaço de cuidado a equipe se movimente em torno do atendimento obstétrico de aspectos não técnicos capazes de produzir significado prático à sua aplicação.¹²

O DE intitulado distúrbio no padrão de sono esteve presente em mais da metade da amostra do estudo, sendo definido como “despertar com tempo limitado em razão de vários fatores externos”.⁷ Este tem como fatores relacionados a barreira ambiental e a privacidade insuficiente, ambos identificados em 75 (41,43%). Assim sendo, a internação das gestantes na unidade obstétrica configura-se como uma experiência que pode vir acompanhada de eventos que interferem na boa qualidade do processo de hospitalização.

Ao tratar sobre esta temática, verifica-se que a literatura tem enfatizado a atenção adequada durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde e no momento do trabalho de parto, parto e nascimento na maternidade. No entanto, convém salientar que esta durante o processo de hospitalização, configura-se em importante fator para assegurar a qualidade da atenção à saúde materna, os direitos da mulher assegurados pelas políticas públicas e institucionais e, sobretudo, a minimização de experiências negativas que poderão exercer efeito sob o bem-estar.¹²

A Política Nacional de Humanização,¹³ instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, propõe efetivar na prática os princípios do SUS no cotidiano dos espaços de saúde. Entre as suas diretrizes, destaca a ambiência por meio da construção de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. Para tal, recomenda discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as particularidades de usuários e trabalhadores de cada serviço.

O DE denominado envolvimento em atividades de recreação diminuído é caracterizado como “estimulação, interesse ou participação reduzidos em atividades recreativas ou de lazer”.⁷ Estudo realizado com gestantes hospitalizadas em maternidade de Hospital Universitário, revelou que o diagnóstico de gestação de alto risco e a experiência do processo de hospitalização, refletem diretamente em modificação de aspectos sociais. De fato, se as participantes apresentam o afastamento do domicílio e das atividades diárias e do companheiro, isto inibe a sua qualidade de vida por meio da satisfação pessoal de ser mãe.¹⁴

O DE intitulado volume de líquidos excessivo é descrito como “entrada excessiva e/ou retenção de líquidos”.⁷ Para este, identificou-se como fator relacionado o mecanismo regulador comprometido (35,91%) e característica definidora o edema (33,14). Esse diagnóstico deve ser interpretado como um fenômeno fisiológico da gravidez. Entretanto, em gestantes hipertensas, como encontrado em 27 (14,91%) das participantes, o edema constitui-se um dos sinais para a possibilidade de Doença Hipertensiva da Gravidez.

As modificações decorrentes no metabolismo da água e dos eletrólitos são importantes para entender a presença de edema entre as mulheres na gravidez. O suplemento adicional de água na gravidez vai requerer retenção proporcional de sódio para manter a osmolaridade. Para conservar o sódio, além do efeito natriurético da progesterona, surge no período gestacional um mecanismo compensatório representado pelo sistema renina-angiotensina-aldosterona.¹⁵

A presença de edema pode também explicado devido a gestação suceder a compressão da veia cava inferior e das veias ilíacas pelo útero, principalmente, na posição de pé e parada. Como consequência, há um aumento da pressão venosa (cerca de três vezes) e redução do fluxo sanguíneo para os membros inferiores, o que contribui para o edema, formação de veias varicosas e hemorroidas.¹⁶

Dentre os DE referentes às necessidades psicobiológicas, verificou-se um grande número de diagnósticos de risco (potenciais) entre as gestantes hospitalizadas, os quais agregam possíveis complicações clínicas e obstétricas. O DE denominado risco de perfusão tissular periférica ineficaz é definido como “susceptibilidade a uma redução da circulação sanguínea para a periferia que pode comprometer a saúde”,⁷ enquanto, o risco de perfusão tissular cardíaca diminuída como “susceptibilidade a uma redução na circulação cardíaca que pode comprometer a saúde”.⁷ Estes são apresentados em 87,29% da amostra do estudo e estão relacionados às comorbidades presentes nas gestantes, a saber: vida sedentária (24,86%), hipertensão arterial (14,91%), diabetes *mellitus* (5,52%) e tabagismo (3,86%).

Estudo realizado em hospital de referência na capital de Pernambuco apresentou que, entre as causas diretas de óbitos maternos, 20,4% estão associadas às doenças cardiovasculares.¹⁷ Em São Paulo, outro evidenciou que as complicações obstétricas mais frequentes estão relacionadas às causas de mortalidade materna no Brasil e no mundo. Verificou-se que os diagnósticos mais prevalentes das internações obstétricas são por infecções, doenças hipertensivas, diabetes e hemorragias.¹⁸ Deste modo, reconhecesse que estes agravos nas internações hospitalar devem ser tratadas como uma gravidade da morbidade materna, sendo diabetes *mellitus* o terceiro mais prevalente. Apesar de não se destacar nas causas de morte materna, são mais comuns gestantes diabéticas com quadros infecciosos e hipertensivos.¹⁹

O DE denominado risco de paternidade ou maternidade prejudicada é definido como “susceptibilidade a dificuldades do cuidador principal de criar, manter ou recuperar um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança, que podem comprometer seu bem-estar”.⁷ Está associado aos fatores de risco gravidez não planejada (55,24%) e indesejada (21,54%), ambos encontrados na amostra do estudo.

No Brasil, a gravidez não planejada é considerada um problema de saúde pública. Esta ocorrência é um importante indicador da falha no controle do processo reprodutivo. Considera-se que uma gestação não planejada tem impacto importante na oferta de cuidados durante o ciclo gravídico-puerperal. Embora pouco investigada, esta perpassa sobre fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados a questões sociais, culturais, ambientais e de saúde.²⁰

Estudo indicou diferença significativa entre os grupos de mulheres com gestação planejada e não planejada, no que se refere à intercorrência durante o período gestacional, com maior frequência no grupo de gestação não planejada. Dentre as intercorrências encontradas podem-se destacar a infecção do trato urinário, diabetes gestacional, sífilis em gestante, pré-eclâmpsia, toxoplasmose, anemia e hipertireoidismo.²¹ Isto é, mulheres com gestação não planejada tem importância prática e clínica no surgimento de intercorrências durante o período gestacional.

O DE denominado risco de integridade da pele prejudicada é definido como “susceptibilidade a alteração na epiderme e/ou derme que pode comprometer a saúde”⁷ e, tem como fatores relacionados hábitos alimentares inadequados e agente lesivo,

ambos encontrados no estudo com frequência de 23 (12,70%) e 19 (10,49%).

Esse diagnóstico está associado ao aumento dos níveis de estrogênio e progesterona e distensão mecânica do sistema tegumentar predispõe ao aparecimento de angiomas na face, membros superiores e tórax, aumenta a resposta alérgica e o aparecimento de eritemas e prurido. O aumento dos esteroides placentários no final da gravidez induz o aumento de bile no fígado, ocasionando prurido gravídico com ou sem icterícia.²²

O DE intitulado risco de infecção é caracterizado como “susceptibilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde”.⁷ Está relacionado basilamente às questões inerentes que a própria hospitalização impõe, como o ambiente semicrítico da unidade de internação, favorável ao contato com agentes transmissores de doenças e a procedimentos invasivos advindos da necessidade da terapêutica medicamentos a intravenosa.²³⁻²⁴ Além dos eventos comuns da gestação, a exemplo da ruptura prematura das membranas amnióticas e ao elevado número de toques vaginais.²⁴

Estudo desenvolvido com amostra de 1000 prontuários da Maternidade do Complexo Hospitalar de Cruz das Armas, situada no município de João Pessoa, Paraíba, que assiste gestantes e parturientes de baixo e alto risco, identificou o mesmo diagnóstico em 90 (82%) dos prontuários associado aos procedimentos invasivos realizados em mulheres com gestação de alto risco.²⁴

O DE intitulado risco de quedas é descrito como “susceptibilidade aumentada a quedas que pode causar dano físico e comprometer a saúde”.⁷ Estudos evidenciam que as quedas se constituem em um dos eventos adversos mais prevalentes no espaço hospitalar representando cerca de 70% dos casos,²⁵ com índices que variam de 1,4 a 10,7 quedas para cada 1.000 pacientes/dia, dependendo do tipo de paciente e do hospital. Estas podem ocasionar danos, aumentar as complicações clínicas e o tempo de internação dos pacientes, além dos custos hospitalares do tratamento.

Frente ao exposto, destaca-se a importância de a equipe de enfermagem estar vigilante diuturnamente sob as ocorrências indesejáveis que se manifestem durante o período da hospitalização. A assistência à gestante de alto risco requer do enfermeiro competência técnica-científica, habilidade e efetividade no manejo de situações emergenciais ou potencialmente complicadoras durante o ciclo gravídico.

CONCLUSÃO

Esta investigação possibilitou identificar situações clínicas de gestantes de alto risco hospitalizadas passíveis a intervenções de enfermagem e verificar sua relação com 24 títulos DE da NANDA-I, sendo considerados para a discussão 10 deles, os quais representaram os principais problemas biopsicoespirituais.

Considera-se que os DE elencados não esgotam o domínio dessa prioridade de saúde. Deste modo, sugere-se o desenvolvimento de outras investigações para estruturar um conjunto

terminológico, na perspectiva de evidenciar elementos de competências da enfermagem.

Acredita-se que diante dos resultados, será possível elaborar o planejamento de cuidados as gestantes em condição de internação, bem como organizar a assistência de enfermagem visando melhorias na qualidade do cuidado e à otimização do tempo da equipe.

As limitações do estudo estão vinculadas às escolhas metodológicas que não permitem generalizar as informações a outros cenários, contudo, reconhece-se que a conjuntura apresentada é análoga ao cotidiano de outras regiões.

REFERÊNCIAS

1. Luz BG, Soares LT, Grillo VTRS, Viola BM, Laporte IC, Bino DBM, Mendonça APAS et al. O perfil das gestantes de alto risco acompanhadas no pré-natal da policlínica de Divinópolis-MG, no biênio 2013-14. *J. Health Biol. Sci. (Online)*. [Internet]. 2015 [acesso em 20 de agosto 2019];3(1). Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/177>.
2. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups. Recommendations on diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes care*. [Internet]. 2010 [cited 2019 aug 23];33(3). Available from: <https://care.diabetesjournals.org/content/33/3/676>.
3. Santos DTA, Campos CSM, Duarte ML. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. [Internet]. 2014 [acesso em 25 de agosto 2019];9(30). Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf9\(30\)687](https://doi.org/10.5712/rbmf9(30)687).
4. Rayburn WF. At-risk pregnancies. *Obstet. gynecol. clin. North Am.* [Internet]. 2015 [cited 2020 fev 18];42(2). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2015.02.002>.
5. Nascimento TFH, Araújo FNF, Soares NSCS, Silva FM, Santos MFD, Chaves BJP. Assistência de enfermagem à gestante de alto risco sob a visão do profissional. *Rev. Prev. Infecç. Saúde*. [Internet]. 2018 [acesso em 20 de agosto 2019];4. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/repis.v4i0.6887>.
6. Horta WA. *Processo de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
7. North American Nursing Diagnosis Association – I definições e classificação 2018. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
8. Santa Casa de Misericórdia de Sobral. *Maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral é referência para gestações de alto risco e abre suas portas para 55 municípios da região Norte do Ceará*. Sobral: Santa Casa de Misericórdia de Sobral; 2019 [acesso em 27 de agosto 2019]. Disponível em:

- <http://www.stacasa.com.br/maternidade-da-santa-casa-de-misericordia-de-sobral-e-referencia-para-gestacoes-de-alto-risco-e-abre-suas-portas-para-55-municipios-da-regiao-norte-do-ceara/>.
9. Fairbrother N, Young AH, Zhang A, Janssen P, Antony MM. The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. *Arch. womens ment. health.* [Internet]. 2017 [cited 2019 aug 29];20(2). Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0704-7>.
 10. Qiu A, Rifkin-Graboi A, Chen H, Chong YS, Kwek K, Gluckman PD, Fortier MV et al. Maternal anxiety and infants' hippocampal development: timing matters. *Transl Psychiatr.* [Internet]. 2013 Sep [cited 2019 sept 10];24. Available from: <https://doi.org/10.1038/tp.2013.79>.
 11. Silva MRC, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Marinho TF, Sá AMP. The actions of nurses in the incentive to self-care in perspective of the pregnant of high risk hospitalized. *Rev. enferm. UFPE on line.* [Internet]. 2013 June [cited 2019 sept 20];7(6). Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i6a11691p4488-4496-2013>.
 12. Dourado JVL, Araújo PA, Aguiar FAR. Humanização do cuidado à gestante de alto risco. *Rev. enferm. UFPE on line.* [Internet]. 2019 [acesso em 20 de setembro 2019];13. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242396>.
 13. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 29 de setembro 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.
 14. Silva MRC, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Vargas GSAV, Sá AMP. A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. *Rev. enferm. UERJ.* [Internet]. 2013 [acesso em 25 de outubro 2019];21(esp.2). Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a16.pdf>.
 15. Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia Fundamental.* 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
 16. Gomes FA, Mamede MV. Modificações gerais e locais do organismo materno na gravidez. In: Barros SMO. *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal.* Barueri: Manole; 2006.
 17. Menezes MLN, Bezerra JFO, Bezerra JFO. Perfil epidemiológico dos óbitos maternos em hospital de referência para gestação de alto risco. *Rev Rene (Online).* [Internet]. 2015 [acesso em 27 de outubro de 2019];16(5). Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000500013>.
 18. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu M, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob. Health.* [Internet]. 2014 [cited 2019 dec 18];2. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X).
 19. Goldenberg RL, McClure EM, Harrison MS, Miodovnik M. Diabetes during Pregnancy in Low- and Middle-Income Countries. *Am. j. perinatol.* [Internet]. 2016 Nov [cited 2019 dec 28];33(13). Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0036-1584152>.
 20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica, n. 26.* Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
 21. Evangelista CB, Barbieri M, Silva PLNJ. Gravidez não planejada e fatores associados à participação em programa de planejamento familiar. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J, Online).* [Internet]. 2015 [acesso em 20 de janeiro 2020];7(2). Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/3633-24661-1-PB.pdf>.
 22. Lowermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *O cuidado em enfermagem materna.* 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
 23. Cabral FW, Silva MZO. Prevenção e controle de infecções no ambiente hospitalar. *Sanare (Sobral, Online).* [Internet]. 2013 [acesso em 17 de janeiro 2020];12(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36925/sanare.v12i1.330>.
 24. Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL, Silva JPG, Nascimento NM. *Rev. gaúch. enferm.* [Internet]. 2016 [acesso em 22 de janeiro 2020];37(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.55316>.
 25. Carneiro FS, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Souza LP, Paranaguá TTB, Branquinho NCSS. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. *Rev. enferm. UERJ.* [Internet]. 2011 [acesso em 02 de fevereiro 2020];19(2). Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf>.