



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LINICARLA FABIOLÉ DE SOUZA GOMES

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM GESTANTES: REVISÃO INTEGRATIVA DA  
LITERATURA

FORTALEZA

2012

LINICARLA FABIOLE DE SOUZA GOMES

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM GESTANTES: REVISÃO INTEGRATIVA DA  
LITERATURA

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Promoção da Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

- 
- G615d Gomes, Lincarla Fabiole de Souza.  
Diagnósticos de enfermagem em gestantes: revisão integrativa da literatura/ Lincarla Fabiole de Souza Gomes. – 2012.  
124 f. : il.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2012.  
Área de concentração: Promoção da saúde  
Orientação: Profª. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno
1. Gravidez. 2. Gravidez de Alto Risco. 3. Diagnóstico de Enfermagem. I. Título.  
CDD 610.73
-

LINICARLA FABIOLE DE SOUZA GOMES

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM GESTANTES: REVISÃO INTEGRATIVA DA  
LITERATURA

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 14/12/2012

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Míria Conceição Lavinias Santos (1º Membro)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Andrea Bezerra Rodrigues (2º Membro)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Célia de Freitas (Suplente)  
Universidade Estadual do Ceará - UECE

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que é Pai, Filho e Espírito Santo, por todas as bênçãos derramadas em minha vida. Por sempre está presente nos momentos de glória e dificuldades, dando força necessária para viver cada um deles.

Aos meus queridos e amados pais, Francisco Mateus (Chico) e Raimunda Salete, pela minha vida e por toda a dedicação que tiveram para que eu chegasse até aqui. Esta vitória eu devo a eles!

Ao meu esposo, Antônio Charles, companheiro e amigo mais que amado. Comigo há mais de 18 anos, apoiando e torcendo pelo meu sucesso. Esposo e pai dedicado.

Aos meus filhos, Pedro Henrique e Maria Eduarda, por serem o maior presente que Deus já me deu. Por compreenderem minha ausência e por me amarem tanto. Esse amor que me alimenta e me fortalece a cada dia.

Aos meus irmãos, Francinete, Max e Yzaga, por torcerem por mim e por serem minha família tão amada. Em especial a Yzaga, tia dedicada e que tem me ajudado a cuidar de meus filhos.

A minha amiga, companheira e comadre Verônica, que cuida de meus filhos e de minha vida, de modo especial, possibilitando tranquilidade e paz.

As minhas primas e irmãs, Caroline e Isabele, e meus tios, Nilvanda e Edson, pela amizade e pelo apoio, e pela dedicação aos meus filhos, ajudando nos momentos mais difíceis.

À família de meu esposo, em especial aos meus sogros, Dona Francisca e seu Adonísio, pelo apoio e por desejarem minha vitória.

Aos meus amigos e irmãos do ECC da Paróquia Santo Antônio de Pádua-Maraponga, em especial aos do Círculo Laranja VI, pelas orações e torcidas para a minha vitória.

A minha professora orientadora Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno que com sua humildade, competência e sabedoria me conduziu nesta caminhada. Obrigada por esta valiosa oportunidade de aprendizado e crescimento profissional e pessoal.

À professora Dra. Viviane Martins da Silva, pelas importantes contribuições no Exame de Qualificação.

Às professoras Dra. Míria Conceição Lavinias Santos, Prof<sup>ª</sup>. Dra. Andrea Bezerra Rodrigues, Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Célia de Freitas, por aceitarem a participar de minha banca e pelas valiosas contribuições.

A todos os professores do Mestrado em Enfermagem da UFC, pela colaboração na construção do meu conhecimento.

Ao Grupo de Pesquisa Enfermagem na Promoção da Saúde Materna, grupo de pesquisa do qual participo, que me proporcionou trilhar melhor os caminhos da pesquisa. Em especial, à mestranda Jamile que executou comigo a busca na literatura.

A minha companheira de mestrado Camila Chaves que de forma carinhosa compartilhou seus saberes comigo nesta caminhada. E a todos os alunos dessa turma, pela companhia e por quererem com suas pesquisas construir uma enfermagem cada vez melhor.

Ao doutorando Tiago que com sua competência e humildade me oportunizou adquirir conhecimentos imprescindíveis para que eu realizasse esta revisão.

Aos meus eternos professores da Universidade Estadual do Ceará, onde me graduei e comecei a dar os primeiros passos na pesquisa. E que de modo especial me ensinaram que a Enfermagem é a arte de cuidar.

À equipe de Enfermagem da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, que apesar das dificuldades se empenham a cada dia a prestar um cuidado de qualidade alicerçado no Processo de enfermagem e humanizado.

À FAMETRO, na pessoa da professora Edna Guerra, coordenadora do curso de enfermagem, exemplo de líder e incentivadora do nosso crescimento profissional. E a todo o corpo docente deste curso que se dedica em formar enfermeiros competentes, críticos e reflexivos.

A todos os meus amigos, em especial Régia Barbosa, Mônica Bezerra, Juliana Marques, Mirna Fontenele, Odiléa Rocha, Aline Santos, Arisa Nara, Lydia Freitas, Denizielle, Manuella Coelho, Helder Silva (*in memoriam*), Regina Dodt, Lea Dias, que torcem pelo meu sucesso, se alegram com ele e que também me amparam nas dificuldades.

E a todos que de alguma forma me ajudaram a alcançar esta vitória tão esperada. O meu muito obrigada! E que Deus derrame rios de bênçãos em suas vidas.

O Senhor é meu pastor, nada me faltará.  
Em verdes prados ele me faz repousar.  
Conduz-me junto às águas refrescantes,  
restaura as forças de minha alma.  
Pelos caminhos retos ele me leva,  
por amor do seu nome.

Ainda que eu atravessasse o vale escuro,  
nada temerei, pois estais comigo.  
Vosso bordão e vosso báculo são o meu  
amparo.

Preparais para mim a mesa à vista de  
meus inimigos.  
Derramais o perfume sobre minha  
cabeça,  
e transborda minha taça.  
A vossa bondade e misericórdia hão de  
seguir-me  
por todos os dias de minha vida.  
E habitarei na casa do Senhor por longos  
dias.

(Salmo 22/23 atribuído ao Rei Davi)

## RESUMO

O estudo objetivou buscar e avaliar evidências disponíveis na literatura sobre os Diagnósticos de Enfermagem em gestantes. Para tanto, desenvolveu-se revisão integrativa da literatura, seguindo as etapas preconizadas por Whitemore e Knafl (2005). A busca e seleção dos estudos foram realizadas nas bases de dados LILACS, CINAHL, MEDLINE e SCOPUS. A amostra foi de 14 estudos não experimentais, com nível de evidência VI. Os estudos foram avaliados e distribuídos em três categorias temáticas: diagnósticos de enfermagem em gestantes saudáveis; diagnósticos de enfermagem em gestantes enfermas; e diagnósticos de enfermagem específicos. Em relação aos resultados, os estudos foram publicados entre 1999 e 2010, eram brasileiros, tinham como idioma o português, com autores vinculados à enfermagem. A primeira categoria foi composta por cinco estudos, dos quais foram relacionados 15 diagnósticos mais frequentes, relacionados a alterações fisiológicas da gestação. Destacaram-se os diagnósticos Conhecimento deficiente, Padrão de sono prejudicado, Náusea e Risco de infecção. A segunda categoria foi composta por sete estudos que investigaram a presença de diagnósticos de enfermagem em gestantes com patologias, como a Síndrome Hipertensiva da Gestação, a Amniorrexe prematura, o Trabalho de Parto Prematuro, a Síndrome da Imunodeficiência adquirida, a Anemia Ferropriva, ou seja, gestantes de alto risco. Nesta categoria, os diagnósticos tenderam aparecer isoladamente em cada estudo, correlacionados com a patologia que a cometia as gestantes que estavam sendo investigadas. Foram destacados 33 diagnósticos mais frequentes, com ênfase para os diagnósticos: Conhecimento deficiente, Risco de infecção, Dor aguda, Manutenção do lar prejudicada, Ansiedade, Medo e Manutenção ineficaz da saúde. A terceira e última categoria foi composta por dois estudos que investigaram como os DE Fadiga, Privação de sono e Padrão de sono prejudicado aconteciam na gravidez. Os diagnósticos retratados na revisão se relacionaram a aspectos biológicos, psicológicos, sociais e familiares das gestantes, o que vai ao encontro da necessidade de se investigar a gestante de forma integral, bem como de se prestar cuidado holístico a esta população e família. A presente revisão integrativa seguiu o rigor metodológico adequado e identificou e avaliou os DE em gestantes. Ademais, permitiu aprofundamento teórico sobre a prática baseada em evidências, os métodos de revisão integrativa, os diagnósticos de enfermagem e o processo de enfermagem relacionado à gravidez. Identificou-se a necessidade de se desenvolverem estudos quase experimentais ou experimentais, envolvendo a temática dos diagnósticos de enfermagem em gestantes, visto que os estudos desta revisão foram classificados com nível de evidência VI. Entendendo-se com isto que é necessário empreender esforços para o desenvolvimento de pesquisas com delineamentos que produzam evidências fortes relacionadas ao tema, elevando, assim, o poder de generalização dos achados. Pretende-se com esta revisão estimular enfermeiros a consumirem resultados de pesquisa, bem como a produzirem pesquisas que resultem em uma prática clínica de qualidade, contribuindo para promoção da saúde de gestantes, seus conceitos e familiares. E, sobretudo, para a Enfermagem Baseada em Evidências.

**Palavras-chave:** Gravidez. Gravidez de alto risco. Diagnóstico de enfermagem.



## ABSTRACT

This study aimed to search and assess the available evidences in the literature on the Nursing Diagnoses in pregnant women. For this purpose, we performed integrative literature review, following the steps proposed by Whitemore and Knafl (2005). The search and selection of studies were conducted in the LILACS, CINAHL, MEDLINE and SCOPUS databases. The sample consisted of 14 non-experimental studies with evidence level VI. The studies were assessed and divided into three thematic categories: nursing diagnoses in healthy pregnant women; nursing diagnoses in sick pregnant women; and specific nursing diagnoses. Regarding the results, the studies were published between 1999 and 2010, were Brazilians, in Portuguese language, with authors associated to nursing. The first category consisted of five studies, of which the 15 most frequent diagnoses were reported; related to physiological changes of pregnancy. With special reference to the diagnoses Knowledge, deficient; Sleep pattern disturbance; Nausea; and Risk for infection. The second category consisted of seven studies that investigated the presence of nursing diagnoses in patients with diseases such as Hypertension Syndrome of Pregnancy, Premature Rupture of Membranes, Preterm Labor, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Iron-deficiency Anemia, i.e. high-risk pregnancies. In this category, diagnoses tended to appear separately in each study, correlated with the pathology that affected the pregnant women who were being investigated. The 33 most frequent diagnoses were highlighted, with emphasis on the diagnoses: Knowledge, deficient; Risk for infection; Acute pain; Impaired home maintenance; Anxiety; Fear; and Ineffective health maintenance. The third and final category consisted of two studies that investigated how the nursing diagnoses Fatigue; Sleep deprivation; and Sleep pattern disturbance occur in pregnancy. The diagnoses portrayed in the review were related to biological, psychological, social and family aspects of the pregnant women, which meets the need to investigate the pregnant woman integrally, as well as to provide holistic care to this population and family. This integrative review followed the appropriate methodological rigor and identified and assessed the nursing diagnoses in pregnant women. Moreover, it allowed the theoretical deepening on the evidence-based practice, the integrative review methods, the nursing diagnoses and the nursing process related to pregnancy. We identified the need to develop experimental or quasi-experimental studies involving the topics of nursing diagnoses in pregnant women, since studies in this review were classified as evidence level VI. Understanding that efforts are needed to develop researches with designs that produce strong evidence related to the issue, thus, raising the generalization of findings. With this review, we aimed to encourage nurses to consume search results, as well as to produce researches that result in a quality clinical practice, helping the health promotion of pregnant women, their fetuses and family. And, above all, for the Evidence-Based Nursing.

**Keywords:** Pregnancy. Pregnancy, High-Risk. Nursing Diagnosis.

## RESUMEN

El objetivo fue buscar y evaluar evidencias disponibles en la literatura acerca de los Diagnósticos de Enfermería en embarazadas. Por lo tanto, se desarrolló la revisión integradora de la literatura, siguiendo los propuestos de Whittmore y Knafl (2005). La búsqueda y selección de los estudios se realizaron en las bases de datos LILACS, MEDLINE CINAHL, y SCOPUS. La muestra fue de 14 estudios no experimentales con nivel de evidencia VI. Los estudios fueron evaluados y se dividieron en tres categorías temáticas: diagnósticos de enfermería en mujeres sanas embarazadas; diagnósticos de enfermería en embarazadas enfermas; y diagnósticos de enfermería específicos. En cuanto a los resultados, los estudios se publicaron entre 1999 y 2010, eran los brasileños, en la lengua portuguesa, con autores relacionados con la enfermería. La primera consistió en cinco estudios, de los cuales 15 más frecuentes, relacionados con los cambios fisiológicos del embarazo. Lo más destacados fueron los diagnósticos Conocimiento deficiente, Patrón de sueño perjudicado, Náuseas y Riesgo de infección. La segunda categoría comprendió siete estudios que investigaron la presencia de diagnósticos de enfermería en pacientes con enfermedades, como Síndrome de Hipertensión del Embarazo, rotura de membranas, parto prematuro, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, anemia por deficiencia de hierro, es decir, embarazos de alto riesgo. En esta categoría, los diagnósticos aparecieron por separado en cada estudio, en correlación con la patología que comprometía a las mujeres embarazadas que estaban siendo investigados. Se señalaron 33 diagnósticos más frecuentes con énfasis en los diagnósticos: Conocimiento deficiente, Riesgo de infección, Dolor agudo, Mantenimiento del hogar perjudicado, Ansiedad, Miedo y Mantenimiento ineficaz de la salud. La tercera y última categoría fue compuesta de dos estudios que investigaron cómo los DE Cansancio, Privación del sueño y Patrón de sueño perjudicado ocurren durante el embarazo. Diagnósticos retratados en la revisión se relacionaron con los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y familiares de las mujeres embarazadas, lo que responde a la necesidad de investigar el embarazo de manera integral, así como proporcionar atención integral a esta población y la familia. Esta revisión integradora ha seguido el rigor metodológico apropiado e identificado y evaluado los DE en embarazos. Por otra parte, permitió profundización teórica acerca de la práctica basada en evidencia, los métodos de revisión integradora. Los diagnósticos de enfermería y el proceso de enfermería relacionados con el embarazo. Se identificó la necesidad de desarrollar estudios experimentales o cuasi-experimentales relacionados con los de los diagnósticos de enfermería en mujeres embarazadas, ya que los estudios de esta revisión fueron clasificados como evidencia de nivel VI. Son necesarios esfuerzos para desarrollar diseños de investigación que produzcan fuerte evidencia relacionada con el tema, y por lo tanto que hace la generalización de los resultados. La intención de esta revisión fue alentar enfermeros a los resultados de búsquedas, y producir investigaciones que resultan en una práctica clínica de calidad, lo que ayuda a promover la salud de las mujeres embarazadas, sus fetos y familiares. Y, sobre todo, para la Enfermería Basada en Evidencias.

**Palabras clave:** Embarazo. Embarazo de alto riesgo. Diagnóstico de enfermería.

## LISTA DE SIGLAS

RMM	Razão de Mortalidade Materna
DE	Diagnóstico de Enfermagem
PE	Processo de Enfermagem
PBE	Práticas Baseadas em Evidências
MBE	Medicina Baseada em Evidências
EBE	Enfermagem Baseada em Evidências
RI	Revisão Integrativa
CAPES	Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
AB	Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
SHG	Síndrome Hipertensiva Gestacional
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
PE	Processo de Enfermagem
CIPE	Classificação Internacional da Prática de Enfermagem
NANDA	Classificação Internacional da Prática de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
USP	Universidade de São Paulo
OMS	Organização Mundial de Saúde
FR	Fatores relacionados
CSF	Centro de Saúde da Família
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
CD	Características Definidoras
PN	Pré-natal
NUPAIG	Núcleo Multidisciplinar de Patologias Infecciosas na Gestação
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
ICD	Instrumento de Coleta de Dados
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
USF	Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Componentes da decisão de Enfermagem Baseada em Evidências (EBE). Fortaleza, 2012 .....	24
Figura 2	Hierarquia das evidências.....	26
Figura 3	Distribuição das bases/artigos segundo a representação da 1ª etapa da RI: Processo de busca e amostragem. Fortaleza, 2012.....	37
Quadro 1	Distribuição das combinações dos descritores de acordo com a base de dados. Fortaleza, 2012.....	34
Quadro 2	Distribuição das publicações quanto ao número do estudo, autoria, ano de publicação, país de origem, idioma no qual foi publicado, título, periódico, base de dados, delineamento de pesquisa, nível de evidência e categoria temática.....	41
Quadro 3	Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem analisados na Categoria: DE em gestantes saudáveis. Fortaleza, 2012.....	49
Quadro 4	Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem analisados na Categoria: DE em gestantes enfermas. Fortaleza, 2012.....	67

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1</b>	<b>Prática Baseada em Evidência: a enfermagem inserida nesse contexto.....</b>	<b>23</b>
<b>3.2</b>	<b>Revisão Integrativa: o método.....</b>	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>32</b>
<b>4.1</b>	<b>1ª Etapa: identificação do problema.....</b>	<b>32</b>
<b>4.2</b>	<b>2ª Etapa: busca na literatura.....</b>	<b>32</b>
<b>4.3</b>	<b>3ª Etapa: avaliação dos dados.....</b>	<b>38</b>
<b>4.4</b>	<b>4ª Etapa: análise dos dados.....</b>	<b>39</b>
<b>4.5</b>	<b>5ª Etapa: apresentação.....</b>	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>5.1</b>	<b>Resultados e discussão das categorias temáticas.....</b>	<b>48</b>
<b>5.1.1</b>	<i>Diagnósticos de enfermagem em gestantes saudáveis.....</i>	<b>48</b>
<b>5.1.2</b>	<i>Diagnósticos de enfermagem em gestantes enfermas.....</i>	<b>65</b>
<b>5.1.3</b>	<i>Diagnósticos de enfermagem específicos e a gestação.....</i>	<b>88</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>91</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>96</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>104</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação, período em que a mulher carrega em seu ventre um ou mais conceitos, é um dos momentos mais importantes da sua vida, bem como de sua família. Deve ser considerado um processo fisiológico, mas que necessita de acompanhamento adequado, de modo a diagnosticar precocemente ou tratar complicações que possam acometer a gestação. Desta forma, a gestante necessita de assistência de qualidade desempenhada por equipe multiprofissional, na qual está inserido o enfermeiro, e este deve prestar cuidado integral, humanizado e de qualidade, alicerçado no processo de enfermagem, de modo a atender às reais necessidades da gestante e sua família.

A gravidez possui muitos aspectos comuns a todas as mulheres, mas, apesar disto, a experiência de cada uma é exclusiva, sendo que a mesma mulher pode vivenciar a gestação diferentemente cada vez que engravida (ORSHAN, 2010). O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança desde as primeiras horas após o nascimento; um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano (BRASIL, 2006).

Vale destacar que a maneira como a mulher e sua família vivenciam a gestação é influenciada por fatores como idade, antecedentes sociológicos, culturais e religião, os quais podem influenciar nas repercussões fisiológicas que acometem a gestante (ORSHAN, 2010).

As modificações decorrentes da gravidez são mudanças fisiológicas inevitáveis, presentes nas gestantes em graus variáveis, que geralmente desaparecem após o parto, e que podem ser locais ou sistêmicas (CARVALHO, 2007; LULA; CARVALHO, 2010).

Essas modificações envolvem dimensões físicas, psicológicas, espirituais, emocionais, interpessoais e sociais, as quais decorrem principalmente de fatores hormonais e mecânicos; e podem, também, ser divididas em sistêmicas e dos órgãos genitais. Dentre as principais, tem-se: alterações no peso, as alterações do sistema cardiovascular, do hematológico, do respiratório, do gastrintestinal, do tegumentar, do endócrino, do reprodutivo, do urinário; além de mudanças psicológicas e emocionais (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011; ORSHAN, 2010).

Apesar das mudanças, a gestação deve ser considerada um fenômeno fisiológico, percebido pelas gestantes e profissionais de saúde como parte de uma experiência de vida saudável. Contudo, não se pode desconsiderar que se trata de uma situação limítrofe, podendo implicar riscos para a mãe e o feto, e que há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução e desfechos desfavoráveis (BRASIL, 2010a).

Desse modo, uma gravidez é considerada de alto risco quando a mãe ou o feto possuem maior perigo de morbidade ou mortalidade (GILBERT; HARMON, 2002). Assim, não se pode descartar a possibilidade de mortes maternas e fetais, em especial quando se trata de uma gestante de risco. Essas mortes trazem consequências à família que as vivencia, bem como à sociedade, sendo indicadores de avaliação da qualidade da saúde ofertada por um país.

Entende-se por morte materna o óbito que ocorre durante a gestação, parto e puerpério até 42 dias após o término da gestação, em decorrência de qualquer causa relacionada ou agravada pela condição gestacional, ou ainda por medidas relativas a esta, não considerando causas acidentais (BRASIL, 2009a).

“A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento” (BRASIL, 2009a, p. 9). Sendo um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população, pois avaliando como morrem as gestantes, pode-se verificar o desenvolvimento de uma sociedade (BRASIL, 2009b).

Estudo realizado em 2009 em uma maternidade de referência na atenção terciária do Estado do Ceará investigou as causas de óbitos em mulheres ocorridos entre 2000 e 2008. Neste período, aconteceram 96 óbitos maternos, sendo que as principais causas foram: síndrome hipertensiva, infecção e hemorragia (HERCULANO *et al.*, 2012).

Dados da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará confirmaram uma média de Razão de Mortalidade Materna (RMM) entre 2005 e 2008 de 73,6 óbitos por 100.000 nascidos vivos, enquanto que a RMM aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 20 por 100.000 nascidos vivos (CEARÁ, 2009a). Em 2008, foram confirmadas 99 mortes, destas, 57 foram por causas obstétricas diretas (CEARÁ, 2009b).

Outro informe epidemiológico de morte materna do Estado do Ceará, de fevereiro de 2012, aduziu que em 2010 foram investigados 114 óbitos maternos, dos quais, 56 (49,1%) foram decorrentes de causas obstétricas diretas, 46 (40,4%) de causas obstétricas indiretas, nove (7,9%) de causas não obstétricas e três (2,6%) de causas não especificadas. Destas mortes, a principal causa foi a Doença hipertensiva específica da gestação (32,1%), em segundo lugar as síndromes hemorrágicas antes e pós-parto (21,4%), seguidas pelas infecções puerperais (10,7%) e pelo aborto (7,1%) (CEARÁ, 2012).

Esses dados de morte materna foram reforçados pelo Ministério da Saúde (MS) quando, no ano de 2008, confirmou a ocorrência de 1.540 óbitos maternos, dos quais, 543 ocorreram na região Nordeste, seguido por 483 óbitos na região Sudeste (BRASIL, 2010b).

Em relação às causas de morte materna, levantamentos nacionais trazem como causas obstétricas diretas principais a hipertensão arterial, as hemorragias, as infecções pós-parto, o aborto e doenças do aparelho circulatório, complicadas pela gravidez, pelo parto ou pós-parto (BRASIL, 2012a).

Na perspectiva de reduzir esses índices alarmantes de mortes maternas, foi lançada pelo Ministério da Saúde, em março de 2012, a Rede Cegonha, estratégia fundamentada nos princípios da humanização e assistência às mulheres, aos recém-nascidos e a crianças (BRASIL, 2012b). Esta iniciativa trouxe avanços, como a diminuição de 21% nas mortes maternas, comparando o período de janeiro a setembro de 2011 (1.030 óbitos), com o mesmo período de 2010 (1.317 óbitos) (BRASIL, 2012c).

O Estado do Ceará acompanhou esta redução das mortes maternas, registrando diminuição de 44%, em 2011. De janeiro a setembro de 2011, o Estado contabilizou 40 óbitos de mulheres decorrentes de complicações na gravidez e no parto, 31 casos a menos em relação ao mesmo período de 2010 (BRASIL, 2012d).

Dessa forma, várias recomendações são procedidas, no intuito de diminuir estes óbitos, dentre as quais, podem-se citar: fortalecer o cuidado e assistência à gestante e ao recém-nascido, tanto na atenção básica como na atenção obstétrica e neonatal; humanizar o cuidado em cada etapa do processo reprodutivo; e assegurar o cuidado baseado em evidências científicas, abolindo práticas reconhecidamente ineficazes e prejudiciais (CEARÁ, 2012).



Nessa perspectiva, cada gestante deve ser vista de forma individualizada, o que contribuirá para a prestação de um cuidado de saúde sensível e apropriado. Proporcionar o apoio adequado à cliente grávida, ao seu parceiro, à família e até as pessoas próximas e amigos, é um dos aspectos cruciais do cuidado de saúde de qualidade (ORSHAN, 2010).

A gestação, período importante na vida de mulheres, parceiros e familiares, é marcada por uma série de repercussões fisiológicas para as pessoas que vivenciam esse processo. Acrescentadas aos aspectos inerentes à gravidez, têm-se, ainda, possibilidades de complicações e doenças que podem trazer danos à gestação, podendo torná-la de risco o que, por vezes, gera sofrimento em um momento que deveria ser somente de alegria.

As gestantes podem ser acometidas por complicações que podem ter como desfecho a morte materna e/ou fetal. Portanto, tanto um ciclo gestatório normal como um patológico demandam cuidados de enfermagem, dentre os quais: assistência pré-natal, educação em saúde, monitorização de sinais vitais, administração de fármacos, avaliação do bem-estar materno, avaliação da vitalidade fetal, coleta de exames laboratoriais. Ainda, encontram-se presentes as questões sociais, psicológicas que, por vezes, requerem intervenção.

Dessa forma, fazem-se necessários estudos que abordem essa temática na perspectiva de produzir um cuidado de enfermagem possível de contribuir para uma assistência de qualidade à gestante, seu conceito e sua família; que previna doenças ou complicações, ou as trate adequadamente, caso aconteçam.

Pelo panorama de importância e complexidade da gestação, é que se faz necessário desenvolver cuidado de enfermagem científico e sistematizado, alicerçado no Processo de Enfermagem (PE) que possa contribuir para promoção da saúde do binômio mãe e filho e de sua família.

O PE foi introduzido no Brasil na década de 1970, pela doutora Wanda de Aguiar Horta, sendo entendido como instrumento metodológico utilizado para favorecer e organizar o cuidado de enfermagem, a sua utilização promove o desenvolvimento de papéis específicos da Enfermagem e demonstra a complexidade do cuidado (NÓBREGA; SILVA, 2009). O mesmo deve ser utilizado para direcionar a equipe de enfermagem, auxiliando o enfermeiro na

tomada de decisão e com isso contribuir para promoção de um cuidado sistemático, humanizado e eficiente (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Segundo Wanda de Aguiar Horta, o PE é composto por seis etapas que estão inter-relacionadas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico (HORTA, 1979).

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) deu seus primeiros passos quando Florence Nightingale, em 1856, diagnosticou e tratou “problemas de saúde dos soldados”, na Guerra da Criméia. Mas, foi na década de 1970 que o Grupo de Diagnóstico da Associação Norte Americana de Enfermagem construiu uma classificação para os DE, mais tarde esse grupo foi denominado NANDA-I (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

A NANDA-I define DE como o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais, sendo a base para seleção das intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais a enfermagem é responsável (NANDA-I, 2013).

Pode-se perceber a importância da aplicação do Processo de Enfermagem na assistência em geral, e quando se trata da gestante, visto ser um momento tão importante da vida das mulheres e seus familiares, esta relevância se acentua. Ao pensar no PE como o conjunto de etapas inter-relacionadas, é importante identificar-se os DE presentes nessa população, de modo que se possa direcionar o cuidado de enfermagem para as reais necessidades da mesma, e assim direcionar as demais etapas do PE.

O PE constitui a essência da prática profissional, é instrumento e método científico para direcionar o trabalho dos enfermeiros, auxiliando na determinação das necessidades do paciente, na tomada de decisões, no planejamento e na implementação da assistência e na avaliação dos resultados do cuidado prestado (GRANER; FARIA; BARROS, 2009).

Quando se aborda o cuidado fundamentado no PE, este deve ser baseado nas reais necessidades de saúde da gestante, ou seja, nos DE, por isso a importância de se investigar quais os diagnósticos mais comuns nesta população, de modo que se possa direcionar o cuidado e alicerçá-lo no PE. Isto é imprescindível, pois, muitas vezes, realizam-se cuidados

importantes ao bem-estar e à vida dos sujeitos, mas como não são planejados adequadamente, não estão registrados apropriadamente, ou não são compartilhados e avaliados pela equipe, parecem não existir.

O diagnóstico de enfermagem como parte do PE é de fundamental importância para nortear as ações de enfermagem. A escolha do DE envolve o conhecimento geral do profissional que está acompanhando a cliente, o que o faz parte integral da equipe multiprofissional (GRANER; FARIA; BARROS, 2009).

Para fundamentar o presente estudo, selecionou-se como Referencial Teórico a Prática Baseada em Evidências-PBE, por ser abordagem que incorpora as evidências oriundas de pesquisas, associando-as à competência clínica do profissional, respeitando a autonomia e as possibilidades do paciente (SILVEIRA, 2005). Desta forma, este referencial se aplica a esta investigação, uma vez que se buscou na literatura os DE presentes em gestantes para, a partir disto, fundamentar cuidado a essa população, contribuindo, assim, para a prática clínica do enfermeiro no cuidado às gestantes.

Dada a devida relevância à Prática Baseada em Evidência, à Enfermagem baseada em Evidência, não se pode deixar de ressaltar a aplicação do Processo de Enfermagem nessa prática do enfermeiro, condição fundamental para que o cuidado do enfermeiro seja individualizado e científico.

Deve-se entender por PE a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando assistência ao ser humano. A assistência de enfermagem é a aplicação pelo enfermeiro do PE para prestar o cuidado que visa atender às necessidades básicas do ser humano (HORTA, 1979). Logo, é contraditória e inadequada uma assistência de enfermagem que se realize sem um PE que a alicerce e forneça embasamento científico.

O PE vem acompanhando as transformações da enfermagem enquanto ciência, sendo identificadas três gerações distintas do PE, que segundo Pesut; Herman (1999) são:

**Primeira geração (Problemas e Processo: 1950-1970)** - marcada pela ênfase na identificação de problemas dos pacientes, e descrito em quatro fases (avaliação inicial, planejamento, intervenção e avaliação);

**Segunda geração (Diagnóstico e Raciocínio: 1970-1990)** - o PE passou a ser descrito em cinco fases, com acréscimo da etapa diagnóstica de enfermagem, e começou a ser dada ênfase aos processos de pensamento para lidar com as informações dos pacientes e assim tomar decisões clínicas;

**Terceira geração (Especificação e Testes de Resultados: 1990 em diante)** - as classificações de diagnósticos de enfermagem, de intervenções e resultados de enfermagem são valorizados como os vocabulários para o raciocínio clínico na enfermagem. Propuseram então o Modelo OPT (Outcome-Present State- Test Model), como um modelo que representa melhor a complexidade do PE, garantido seu caráter dinâmico, a participação do cliente e os processos de pensamento, tendo como foco os resultados de enfermagem.

Ao considerar a evolução do PE como método de solução dos problemas do paciente e entender que esses problemas são as necessidades da pessoa sob cuidados de enfermagem, ou seja, os Diagnósticos de enfermagem, percebe-se a importância da identificação dos DE pertinentes para continuidade a esse processo (TANURE; PINHEIRO; CARVALHO, 2011; CRUZ, 2008; HORTA, 1979).

Como visto, o DE é um julgamento clínico que se estabelece com base nas respostas humanas a problemas reais e/ou potenciais de indivíduos, famílias e comunidade, as quais são identificadas na fase de coleta de dados (AGUILAR; ROBLES, 2009).

Os DE podem ser classificados em diagnósticos reais, de risco e de promoção da saúde. Anteriormente, tinha-se, ainda, o de bem-estar, mas o mesmo foi retirado da taxonomia em 2009 e foram convertidos em diagnósticos de promoção da saúde (NANDA-I, 2013).

Os diagnósticos de enfermagem reais, ou seja, que realmente existem, descrevem respostas humanas a condições ou processos vitais que existem em um indivíduo, família, grupo ou comunidade (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2012; NANDA-I, 2013).

Os diagnósticos de risco ou potenciais, que podem se desenvolver mediante vulnerabilidades do sujeito, correspondem ao julgamento clínico sobre experiências clínicas ou respostas humanas a condições de saúde ou processos vitais que tem elevada probabilidade de acontecer em um indivíduo, família ou comunidade vulnerável (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2012; NANDA-I, 2013).

Os diagnósticos de promoção da saúde descrevem respostas humanas relacionadas a níveis de saúde de sujeitos que estão dispostos a melhorarem (AGUILAR; ROBLES, 2009). Consiste em julgamento clínico da motivação e do desejo de uma pessoa, família, grupo ou comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana, de modo a melhorar comportamentos específicos de saúde (NANDA-I, 2013).

Os DE possuem alguns componentes: enunciado diagnóstico, definição, características definidoras, fatores de risco e fatores relacionados. Dependendo do tipo de diagnóstico, varia a composição, por exemplo, um DE real é composto por enunciado ou etiqueta diagnóstica, definição, características definidoras e fatores relacionados. Um diagnóstico de risco é composto pelo enunciado, definição e fatores de risco; enquanto que um diagnóstico de promoção da saúde possui enunciado, definição e características definidoras (NANDA-I, 2013; AGUILAR; ROBLES, 2009).

O enunciado diagnóstico estabelece um nome ao diagnóstico; a definição oferece uma declaração clara e precisa, determina seu significado e ajuda a diferenciá-lo de outros semelhantes; as características definidoras são pistas ou inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico real ou de promoção da saúde; os fatores de risco são fatores ambientais ou elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a um evento insalubre; já os fatores relacionados são fatores que parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o DE (NANDA-I, 2013).

Para padronizar a linguagem utilizada para os DE, algumas taxonomias foram criadas. A Taxonomia NANDA, hoje a Taxonomia II, utilizada desde 2001, é o sistema de classificação mais divulgado e utilizado pela enfermagem em âmbito mundial (NÓBREGA; SILVA, 2009).

Essa taxonomia possui 13 Domínios, 47 Classes e 220 DE distribuídos entre eles. Os domínios são: Promoção da saúde, Nutrição, Eliminação e troca, Atividade/repouso, Percepção/cognição, Autopercepção, Papéis/relacionamentos, Sexualidade, Enfrentamento/tolerância ao estresse, Princípios da vida, Segurança/proteção, Conforto, Crescimento/desenvolvimento (NANDA-I, 2013).

Ao reconhecer a relevância do PE e da execução de suas etapas para alcançar o cuidado de enfermagem de qualidade e efetivo, vários estudos são realizados acerca desta temática, em especial, estudos para identificar os diagnósticos de enfermagem de populações diversas, pois para continuidade às demais etapas do PE, é importante a identificação dos problemas que acometem uma determinada população, que neste estudo é composta pelas gestantes.

O cuidado dispensado às gestantes deve ser baseado no processo de enfermagem, seguindo as etapas de investigação, seleção dos diagnósticos de enfermagem, planejamento/intervenção e avaliação. O cuidado, embasado no PE, reforça assim a necessidade de estudos que investiguem os DE presentes nas gestantes, pois o cuidado a essa população se tornará mais efetivo se for planejado e executado de acordo com problemas diagnosticados (ORSHAN, 2010).

Alguns diagnósticos da NANDA-I são elencados como aplicáveis às gestantes que percorrem um processo gestacional fisiológico, como: Ansiedade; Náuseas; Fadiga; Risco de infecção; Conhecimento deficiente, dentre outros (LULA; CARVALHO, 2010).

A importância e a complexidade da gestação para a mulher e sua família motivam pensar na possibilidade de outros DE presentes nas gestantes. Isto estimula a realização de investigações que consolidem as evidências produzidas por outros estudos que investigaram os diagnósticos de enfermagem apresentados pelas gestantes. Assim, uma das ferramentas para encontrar os DE presentes na população é a integração de vários estudos, o que será possível com esta Revisão Integrativa.

Mediante a necessidade de se desenvolver o PE na assistência às gestantes e entendendo esse processo composto por etapas, dentre as quais a etapa de levantamento dos DE, surgiu o questionamento: quais os diagnósticos de enfermagem mais presentes nas gestantes?

Por essa indagação, propôs-se desenvolver estudo que investigue na literatura os diagnósticos de enfermagem das gestantes, e com isso encontrar os reais problemas destas, de modo a prestar-se um cuidado que contribua com a promoção da saúde dessa mulher, de seu feto e de sua família.

Estudos como este têm extrema relevância para a prática clínica, pois ao se levantar na literatura os diagnósticos de enfermagem mais presentes nas gestantes, poder-se-á, então, elaborar planos de cuidados mais efetivos e direcionados às reais necessidades biopsicossociais afetadas, buscando assim evitar possíveis complicações de gestação e assim contribuir, como dito, para promoção da saúde do binômio mãe e filho.

Ademais, pesquisas como esta são indispensáveis para consolidação da Enfermagem como ciência, pois pode contribuir ao enfermeiro utilizar a pesquisa em sua prática clínica, saindo do empirismo, deixando de ser apenas um executor de tarefas, muitas vezes baseadas no senso comum, e passar a ser prescrito de intervenções de enfermagem baseadas no pensamento científico, crítico e reflexivo.

## **2 OBJETIVO**

Buscar e avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre os diagnósticos de enfermagem em gestantes.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

#### 3.1 Prática Baseada em Evidência: a Enfermagem inserida nesse contexto

A Prática Baseada em Evidências (PBE) é um método de resolução de problemas que incorpora a melhor evidência científica disponível, a experiência clínica e os valores e preferências dos pacientes (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

O termo “baseado em evidências” refere-se ao uso das informações válidas e relevantes na tomada de decisão. E quando se trata do atendimento à saúde, existe concordância de que a pesquisa altamente qualificada é a fonte mais adequada dessa informação válida (CULLUM *et al.*, 2010).

Um dos propósitos da PBE é encorajar a utilização dos resultados de pesquisa na assistência à saúde nos diversos níveis de atenção, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O alicerce da PBE é a *Cochrane Collaboration*, fundada no Reino Unido e fundamentada no trabalho do médico epidemiologista *Archie Cochrane*, que no início da década de 1970 chamou atenção para a falta de dados consistentes sobre os efeitos dos serviços de saúde. Ao fim da década de 1980, um grupo da *McMaster Medical School*, no Canadá, elaborou uma metodologia de aprendizado clínico, chamada de Medicina Baseada em Evidências-MBE, a qual influenciou as outras profissões de saúde, dentre estas a enfermagem (POLIT; BECK, 2011).

A PBE é uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente e incentiva o profissional de saúde a buscar o conhecimento científico, tanto por meio de desenvolvimento de pesquisas como pela aplicação dos resultados de estudos desenvolvidos por terceiros em sua prática clínica (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

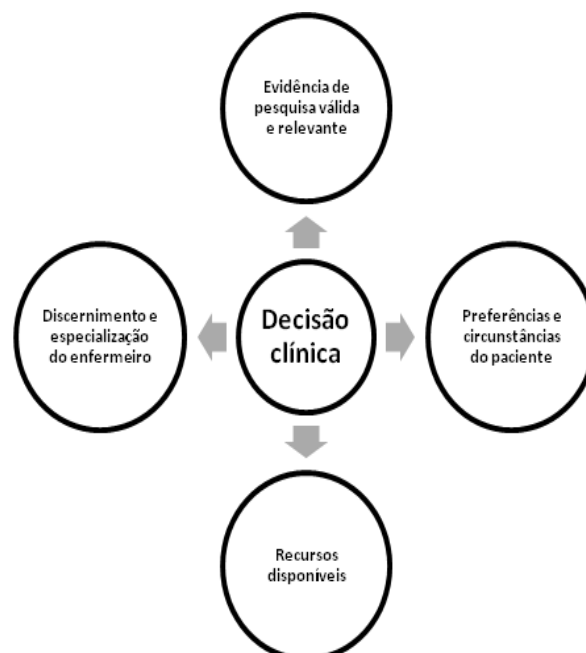
Esse movimento da PBE ganha força na enfermagem e surge então a expressão Enfermagem Baseada em Evidências-EBE, que pode ser definida como a aplicação de informações válidas relevantes, com base em pesquisas, na tomada de decisão do enfermeiro.

Os achados de pesquisa, entendidos como evidências, são associados ao conhecimento sobre os pacientes, ao contexto no qual a decisão está sendo tomada e aos recursos disponíveis. E processando essas informações, têm-se o enfermeiro que detém o conhecimento e que tem o arbítrio, ou seja, o poder de decisão (CULLUM *et al.*, 2010).

O alvo da EBE é facilitar a passagem da incerteza clínica para as decisões clínicas com incorporação das evidências de pesquisa ao processo de tomada de decisão do enfermeiro (FLEMMING, 2010).

O diagrama a seguir explicita os componentes da decisão de enfermagem baseada em evidências:

**Figura 1** - Componentes da decisão de Enfermagem Baseada em Evidências (EBE).  
Fortaleza, 2012.



Fonte: CULLUM *et al.*, 2010.

Em suma, na tomada de decisão clínica, a evidência da pesquisa está relacionada com o conhecimento do estado clínico do paciente, seu ambiente e suas circunstâncias; preferências e ações do paciente; recursos de saúde e especialização clínica do profissional (DiCENSO; CULLUM; CILISKA, 2010).

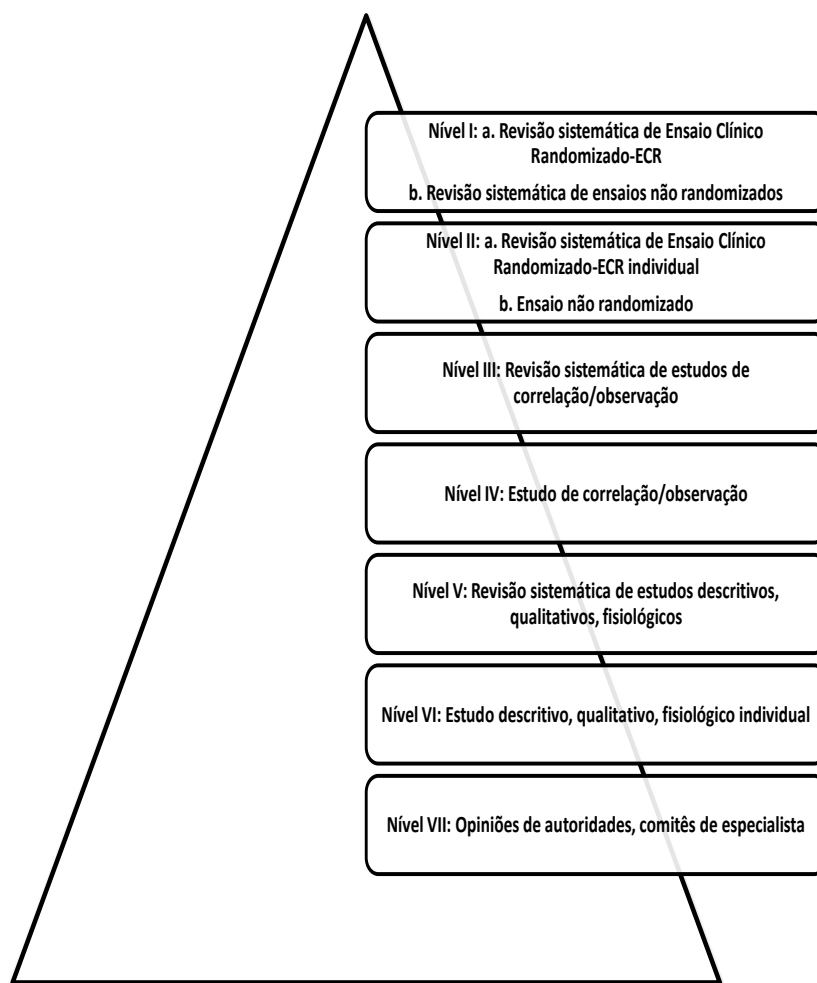
Flemming (2010, p. 42) afirma que a EBE é um processo em cinco estágios, os quais são:

A incerteza clínica da prática é convertida em questões estruturadas e focadas; as questões focadas são usadas como guias para a busca das evidências na literatura; a evidência da pesquisa é avaliada quanto a sua validade e aplicabilidade; a melhor evidência disponível é usada em conjunto com especialização clínica, perspectiva do paciente e recursos disponíveis para o cuidado de enfermagem; e a avaliação dos resultados.

Entendendo evidência como conhecimento resultante de uma série de pesquisas, surge o debate sobre a melhor evidência (RYCROFT-MALONE *et al.*, 2004). Polit e Beck (2011) trazem em seu livro uma pirâmide mostrando a hierarquia entre as evidências, dependendo do tipo de estudo do qual foram obtidas.

De acordo com a Figura 2, a hierarquia da melhor evidência para a evidência mais frágil é do ápice para a base pirâmide, ou seja, do Nível I para o Nível VII, desta forma, pode-se classificar os estudos de acordo com o nível de evidência (POLIT; BECK, 2011).

Além da busca da melhor evidência disponível na literatura científica, a incorporação dessas evidências de pesquisa ao agir do enfermeiro é fundamental no direcionamento de suas ações, uma vez que o profissional presta cuidados que promovem saúde, previnem complicações e dos quais dependem o bem-estar do indivíduo, família e até comunidade. Logo, esse cuidar deve estar alicerçado nos resultados de pesquisas científicas éticas, consistentes e capazes de gerar evidências confiáveis.

**Figura 2** - Hierarquia das evidências.

Fonte: POLIT; BECK, 2011.

Apesar da relação intrínseca entre pesquisa e prática clínica, isto nem sempre é observado na atuação do enfermeiro, no cuidado aos pacientes, pois esta atuação, por vezes, está fundamentada na prática de enfermagem tradicional, baseada em rituais, no senso comum e na experiência, que muitas vezes não foram testadas ou comprovadas pela pesquisa (MENDES, 2006).

Isto vai de encontro a um aspecto básico da PBE, como estratégia de solução de problemas clínicos, que consiste em desestimular as decisões baseadas no costume, na autoridade ou no ritual; isto não significa que se deve desconsiderar a perícia clínica, mas que é preciso integrar os melhores dados de pesquisas disponíveis com outros fatores, como as

preferências e circunstâncias do cliente, os recursos disponíveis e a competência clínica do profissional (POLIT; BECK, 2011).

O exposto reforça a necessidade de o enfermeiro estar consumindo pesquisa, (re) produzindo resultados de pesquisa, gerando conhecimentos que serão apreendidos por outros enfermeiros, bem como outros profissionais, os quais poderão ter suas práticas baseadas nas evidências científicas advindas desses estudos, o que contribuirá para melhoria do cuidado prestado ao indivíduo, à família e/ou comunidade.

### **3.2 Revisão Integrativa: o método**

No movimento da PBE, há necessidade de produção de métodos de revisão da literatura, os quais permitam a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado. Dentre esses métodos, tem-se a revisão sistemática e a integrativa (RI) (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Os métodos de revisão da literatura buscam reunir os conhecimentos sobre um tópico, integrando-os e facilitando seu acúmulo (POLIT; BECK, 2011).

A RI é o método mais amplo de revisão de literatura, pois permite incluir simultaneamente estudos experimentais e não experimentais, de modo a entender o fenômeno de interesse. A variada estrutura dos estudos de uma RI em conjunção com a multiplicidade dos objetivos dos mesmos tem o potencial de resultar em uma representação de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde, de suma importância para a enfermagem (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A revisão integrativa da literatura possibilita a síntese e a análise do conhecimento produzido sobre o tema investigado (URSI; GALVÃO, 2006). Tendo o potencial para construir a ciência da enfermagem, informações sobre pesquisas, práticas e iniciativas políticas; bem como apresentar o estado da ciência, contribuir para o desenvolvimento de teorias e ter aplicação direta para a prática (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Este método facilita a tomada de decisão em relação a ações e intervenções que podem resultar em cuidados mais efetivos e eficientes (STETLER *et al.*, 1998). Este tipo de

estudo permite gerar fonte de conhecimento atual sobre o problema e determinar se o conhecimento é válido para ser aplicado na prática clínica. Mas, para que as evidências geradas por uma RI sejam confiáveis, a mesma deve seguir um padrão de rigor metodológico em sua execução, de modo que os profissionais possam identificar as características dos estudos analisados e oferecer subsídios para o avanço da enfermagem (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

As interpretações e as decisões que os enfermeiros tomam quando revisam a literatura são importantes no desenvolvimento de políticas, protocolos, rotinas, guias etc.. Mas, para isto, é necessário e crucial que esta revisão seja baseada em critérios e procedimentos explícitos, que siga rigor metodológico essencial e importante para a credibilidade das recomendações, as quais devem ser baseadas realmente nos estudos (STETLER *et al.*, 1998).

Para garantir esse rigor metodológico necessário às RI, diversos teóricos trazem etapas a serem percorridas na execução desse tipo de estudo. Whittemore e Knafl (2005) descreveram cinco etapas para uma RI: identificação do problema; busca na literatura; avaliação dos dados; análise dos dados; e apresentação.

Enquanto que Mendes, Silveira e Galvão (2008) dividem o percurso metodológico da RI em seis etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Vale destacar que tais etapas foram desenhadas a partir de teóricos como Whittemore e Knafl (2005).

O presente estudo percorreu as cinco etapas recomendadas por Whittemore e Knafl (2005).

Na primeira etapa - **Identificação do Problema** - acontece a clara identificação do problema de pesquisa, bem como do objetivo da revisão integrativa, subsequentemente as variáveis de interesse e as estruturas de amostragem são determinadas. Esta etapa é imprescindível, uma vez que objetivos e variáveis de interesse bem especificados facilitam as outras etapas da revisão, em especial, contribuem para extração de dados apropriados de estudos primários (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Nessa etapa, a escolha de um tema que desperte o interesse do pesquisador torna mais fácil a realização da revisão. Sugere-se que este tema seja encontrado a partir da prática clínica (SILVEIRA, 2005). Estabelecer a proposta da revisão no contexto das unidades ou organizações possibilitará generalizações para a prática (STETLER *et al.*, 1998). Desta forma, a identificação clara do problema e objetivo da revisão é essencial para prover foco e limites para o processo de RI (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Na segunda etapa - **Busca na Literatura** - a busca deve ser documentada, incluindo os termos de busca, as bases de dados usadas, as estratégias de busca adicionais e os critérios de inclusão ou exclusão para determinação dos estudos primários relevantes à investigação. Todo processo de decisão deve ser justificado e procedido explicitamente (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Após escolha do tema, inicia-se a busca da literatura nas bases de dados selecionadas para identificação dos estudos que serão analisados. A seleção dos estudos a serem incluídos é fundamental para obtenção da validade interna da revisão, sendo indicador para a confiabilidade, amplitude e poder de generalização das conclusões do estudo (SILVEIRA, 2005).

Na terceira etapa - **Avaliação dos Dados** - os estudos são avaliados de forma mais geral, podendo surgir categorias, subgrupos de estudos, o que facilita o processo de análise posterior. Enfatiza-se a necessidade de medir a qualidade dos estudos primários da revisão integrativa, sendo que este processo é mais propício para revisões em que a estrutura de amostragem é limitada e os desenhos dos estudos incluídos na revisão são similares ou idênticos. Medir qualidade de estudos primários é complexo e em revisão integrativa essa complexidade aumenta, pelo fato de muitas vezes se ter reunido estudos com desenhos metodológicos diferentes. Neste momento, os estudos podem ser divididos em subgrupos, de modo a facilitar a análise dos dados (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Portanto, a competência clínica do revisor contribui para avaliação crítica dos estudos e auxilia na tomada de decisão para utilização dos resultados de pesquisas na prática clínica, o que pode gerar mudanças nas recomendações para esta prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A quarta etapa - **Análise dos Dados** - tem por objetivo uma profunda e imparcial interpretação dos estudos primários junto a uma síntese inovadora das evidências. Esta etapa é explicada detalhadamente em quatro tópicos: redução dos dados, exposição dos dados, comparação dos dados e desenho da conclusão e verificação (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A redução dos dados permite que cada estudo primário seja reduzido a uma página simples, com dados extraídos de estudos individuais, para prover organização sucinta da literatura que facilita a comparação sistemática dos estudos, seus problemas específicos, variáveis ou características da amostra. A exposição dos dados envolve a exibição dos dados extraídos de estudos primários, podendo ser na forma de gráficos, sistemas. A comparação dos dados envolve um processo interativo de exame dos dados expostos, de modo a identificar temas, tendências ou relações. O desenho da conclusão e verificação é o passo final da análise dos dados em uma RI, é a síntese de elementos importantes de cada estudo ou subgrupos de estudos, objetivando um resumo integrado de um tópico ou fenômeno (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Vale destacar que para a extração dos dados dos artigos selecionados, faz-se necessário instrumento que permita avaliar cada estudo separadamente, tanto metodologicamente quanto em relação aos resultados, como também possibilita a síntese dos artigos incluídos, respeitando suas diferenças (URSI, 2005).

A síntese e exposição dos dados dos estudos em um instrumento adequado permitem aos revisores visitar os dados durante o processo de análise e de síntese, isto permite ao revisor ter um senso cumulativo de avaliação, de modo a recordar os fatos ou evidências dos estudos, em vez de somente opiniões ou conclusões dele mesmo (STETLER *et al.*, 1998).

A etapa de análise dos dados é similar à análise dos dados de pesquisas convencionais. Para garantir a integridade científica da revisão, os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente (SILVEIRA, 2005). Deve-se procurar avaliar os resultados de maneira mais imparcial possível, buscando explicações em cada estudo para as variações nos resultados encontrados (MENDES, 2006).



Na quinta etapa – **Apresentação** - a síntese RI pode ser realizada pela exposição visual dos dados principais em matrizes, fluxogramas, de modo que se visualizem os resultados (STETLER *et al.*, 1998). Os detalhes dos estudos primários e das evidências para apoiar as conclusões precisam ser fornecidos para demonstrar a logicidade das evidências, permitindo ao leitor certificar que as conclusões da revisão estão de acordo com as evidências encontradas pela mesma (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Além da avaliação da aplicabilidade dos achados e as recomendações da revisão (STETLER *et al.*, 1998).

As iniciativas tomadas pelo revisor podem ser cruciais no resultado final da RI, sendo necessária explicação clara dos procedimentos empregados em todas as etapas anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). O rigor no detalhamento das etapas, dos critérios e procedimentos permitirá ao leitor avaliação da fidedignidade e confiabilidade da revisão integrativa (URSI, 2005).

Vele ressaltar que, assim como em uma pesquisa convencional, haverá neste momento discussão dos principais resultados da RI. Nesta etapa, o revisor, fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos na revisão, realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

## **4 MATERIAL E MÉTODO**

Este estudo trata de uma revisão integrativa sobre os diagnósticos de enfermagem presentes em gestantes. Esta revisão foi conduzida seguindo as etapas recomendadas por Whittemore e Knafl (2005), a fim de reunir e sintetizar o conhecimento preexistente sobre a temática.

### **4.1 Primeira etapa: identificação do problema**

Foi caracterizada pela identificação clara e precisa do tema de interesse, o qual foi proveniente da prática clínica dos pesquisadores que vivenciam a assistência à gestante e que perceberam a necessidade da investigação dos diagnósticos de enfermagem presentes nesta população.

Para guiar a presente revisão integrativa, elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais os diagnósticos de enfermagem presentes em gestantes?

### **4.2 Segunda etapa: busca na literatura**

Na segunda etapa da presente revisão integrativa, com o intuito de responder ao questionamento acima, foram realizados procedimentos de busca via internet para acessar as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Medical Literature Analysis an Retrieval Sistem on-line* (MEDLINE); e Scopus.

A escolha de cada uma delas foi realizada a partir da necessidade de se investigar a produção em saúde de uma forma geral sobre o tema investigado, bem como por perceber, através da leitura de estudos que eram estas as bases de dados bastante utilizadas. Desta forma, procurou-se ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses nessa etapa do processo de elaboração da revisão integrativa (URSI, 2005; AZEVEDO, 2011; VASCONCELOS *et al.*, 2011).

A base de dados LILACS foi escolhida por ser importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe e que há 26 anos contribui para o aumento da visibilidade, do acesso e da qualidade da informação em saúde nesta região. Em 2012, atingiu a marca de 609.708 registros bibliográficos publicados em cerca de 855 periódicos indexados. Essa base indexa também outros tipos de literatura científica e técnica, como teses, monografias, livros e capítulos de livros, trabalhos apresentados em congressos ou conferências, relatórios, publicações governamentais e de organismos internacionais. O acesso às citações bibliográficas e seus resumos nessa base é gratuito e pode ser realizado por meio do endereço eletrônico <http://www.bireme.br>.

A base de dados CINAHL foi selecionada, pois contempla publicações de enfermagem e assuntos correlatos desde 1982. Oferece acesso, dentre outras publicações, há periódicos de enfermagem de língua inglesa e publicações de associações de enfermagem americanas. Inclui cerca de 1.200 revistas, normas de conduta, publicações governamentais, instrumentos de pesquisa e material educativo para pacientes; podendo ser acessada gratuitamente por instituições conveniadas com a Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) através do endereço eletrônico <http://www.periodicos.capes.gov.br>.

A base de dados MEDLINE foi escolhida porque é a principal base de dados da área médica e de saúde produzida pela *National Library of Medicine dos Estados Unidos* (EUA). Indexa referências bibliográficas e resumos de aproximadamente 5.200 títulos de revistas da área médica e biomédica publicadas nos EUA e em mais 70 países. Contém aproximadamente 20 milhões de registros da literatura desde 1966. O acesso às citações e aos resumos é gratuito, através do PubMed, no endereço eletrônico <http://pubmed.com>.

A Scopus é a base referencial da Editora Elsevier e foi incluída por ser uma importante base de citações e referências bibliográficas de literatura científica revisada por pares, com mais de 3.000 revistas indexadas. Indexa publicações desde 1983 que vão desde títulos acadêmicos revisados por pares, a títulos de acesso livre, anais de conferências, publicações comerciais, séries de livros, páginas web de conteúdos científicos e patentes de escritórios <http://www.info.sciverse.com/scopus> e <http://www.americalatina.elsevier.com>.

Para localização dos artigos nas referidas bases de dados, foram selecionadas as palavras-chave relacionadas ao tema: diagnóstico de enfermagem e gestação. Após esta seleção, foi realizada consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e ao *Medical Subject Headings* (MeSH), a fim de identificar os descritores controlados. Em ambos os vocabulários, encontraram-se os seguintes descritores: diagnóstico de enfermagem e gravidez, bem como seus correspondentes em espanhol (diagnóstico de enfermería e embarazo) e em inglês (*nursing diagnosis e pregnancy*).

A fim de combinar os descritores, nas diferentes estratégias de busca, inicialmente, utilizou-se o operador booleano OR, o que ampliou a busca sem que se obtivesse o resultado esperado, artigos que retratassem diagnósticos de enfermagem em gestantes. Desta forma, optou-se pelo operador AND para combinar os descritores, como mostrado no quadro a seguir.

**Quadro 1-** Distribuição das combinações dos descritores de acordo com a base de dados. Fortaleza, 2012.

<b>Base</b>	<b>Combinação</b>				
LILACS	Diagnóstico	AND	Enfermagem	AND	Gravidez
CINAHL	Nursing Diagnosis	AND	Pregnancy		
MEDLINE/PubMed	Nursing Diagnosis	AND	Pregnancy		
Scopus	Nursing Diagnosis	AND	Pregnancy		

Para a seleção dos artigos foram utilizados, além da questão norteadora, os seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

- Artigos de pesquisa com resumos disponíveis nas bases de dados LILACS, CINAHL, MEDLINE e Scopus;
- Artigos sem restrição de idiomas;

- Artigos sem restrição quanto ao ano de publicação;
- Artigos que retratassem os diagnósticos de enfermagem presentes em gestantes.

Critérios de exclusão:

- Teses, dissertações, monografias, editoriais, manuais, livros, capítulos de livros;
- Artigos repetidos em duas ou mais bases de dados.

Em virtude das características específicas de cada base, bem como de seu acesso, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada uma delas, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão, de modo a manter a coerência na busca dos artigos e evitar possíveis vieses.

A busca ocorreu entre maio e julho de 2012, foi executada pela pesquisadora principal e uma pesquisadora auxiliar, esta mestranda do mesmo Programa de Pós-Graduação ao qual esta pesquisa está vinculada. Esta fase da revisão foi feita aos pares, como o recomendado por teóricos do método como Stetler *et al.* (1999).

Para realização desta revisão integrativa, optou-se pela localização dos artigos publicados sobre o tema, independente do idioma e do ano de publicação dos mesmos. Inicialmente, foi realizada pré-seleção dos artigos localizados nas buscas efetuadas, por meio da leitura do título e do resumo, e quando surgiram dúvidas em relação ao conteúdo do estudo, o artigo foi pré-selecionado para leitura na íntegra, de modo a decidir quanto à inclusão ou não deste. Vale destacar que isto foi posto em prática pelas duas pesquisadoras.

As duas pesquisadoras realizaram busca nas bases de dados separadamente e, ao término, as mesmas procederam à comparação dos resultados: selecionaram de imediato os artigos que coincidiram nas duas buscas, descartaram os estudos que haviam sido excluídos em ambas as procuras, e nas divergências, as pesquisadoras entraram em consenso, após análise minuciosa, quanto à inclusão ou não do estudo na revisão.

Após finalizadas as estratégias de busca, procedeu-se à conferência dos artigos eleitos para compor a amostra do presente estudo. Os artigos selecionados foram vistos

individualmente e caso algum artigo gerasse dúvida quanto à adequação aos critérios de inclusão, as pesquisadoras discutiram o caso e decidiram conjuntamente sobre a inclusão ou não do estudo; além do que, alguns artigos se repetiam nas bases de dados, e isto precisou ser visto para que não houvesse duplicidade de estudos inclusos na amostra. Para execução da busca, as pesquisadoras receberam treinamento de um profissional bibliotecário, o que contribuiu para a busca adequada em cada uma das bases.

A busca na base de dados LILACS resultou em 103 artigos, dos quais, 85 foram excluídos (47 eram artigos que não correspondiam ao objeto de estudo, 13 eram dissertações de mestrado, 13 eram livros, 10 eram artigos sem resumo disponível, um era tese e um era trabalho de especialização) e 18 foram pré-selecionados. Ao realizar comparação com a busca da outra pesquisadora, dos 18 artigos pré-selecionados, 13 artigos coincidiram em ambas as buscas, os outros cinco foram analisados e excluídos por não se adequarem ao objeto de estudo, totalizando 13 artigos incluídos na amostra.

A busca na base CINAHL resultou em 104 artigos, dos quais, 40 foram descartados por não terem resumo para avaliação, restando 64 resumos para análise. Destes 64 artigos, 52 foram excluídos (23 eram repetidos da base LILACS, 26 não se aplicavam ao objeto de estudo, dois eram livros e um era tese de doutorado) e 12 foram pré-selecionados. Destes, três coincidiram nas buscas das duas pesquisadoras, e após nova análise, foi visto que somente um se adequava ao objeto de estudo, o qual foi selecionado para a amostra.

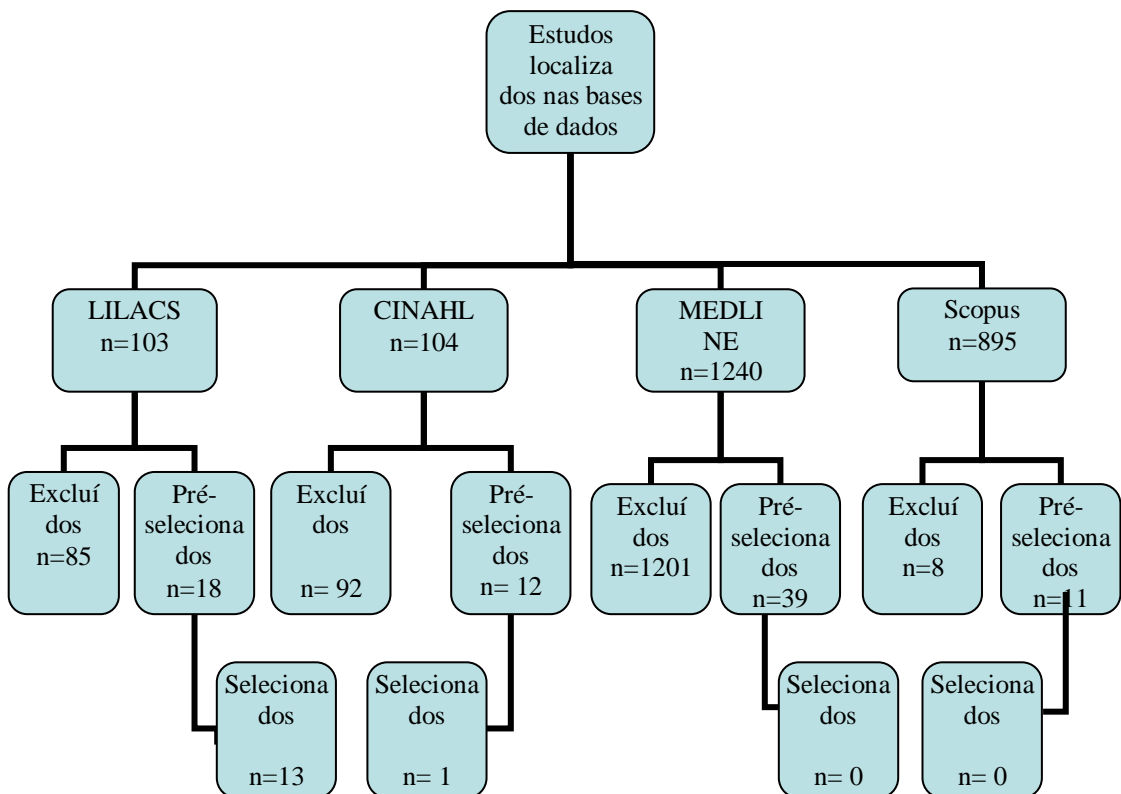
Na base de dados MEDLINE, via portal PubMed, a busca resultou em 1.240 resultados, os quais todos os resumos foram avaliados pelas duas pesquisadoras, as quais verificaram que 1.201 não se adequavam ao objeto de estudo e apenas 39 artigos foram pré-selecionados para serem melhor avaliados. Destes 39 artigos, na busca aos pares, coincidiram apenas quatro artigos, dos quais, três já haviam sido inclusos na busca da base LILACS e um na base de dados CINAHL, de modo que nenhum artigo novo resultou desta busca.

A busca na base de dados Scopus resultou em 895 artigos que tiveram todos seus resumos avaliados, dos quais, 884 com certeza não se adequavam ao objeto de estudo e 11 foram pré-selecionados para serem melhores avaliados e verificar se atendiam aos critérios de inclusão. Destes 11 artigos, cinco coincidiram na busca das duas pesquisadoras, porém os

mesmos já tinham sido inclusos, pois quatro artigos eram repetidos da base LILACS e um da base CINAHL.

A figura a seguir mostra, de forma esquemática, a amostragem da revisão integrativa.

**Figura 3** - Distribuição das bases/artigos, segundo a representação da 2ª etapa da RI: Processo de busca e amostragem. Fortaleza, 2012.



Os 14 estudos selecionados foram obtidos pelo acesso às revistas eletrônicas disponíveis no portal de periódicos CAPES, sendo o acesso a esse sistema livre e gratuito para os usuários das instituições conveniadas. Alguns estudos foram reproduzidos dos periódicos

impressos disponíveis da biblioteca de uma instituição de ensino particular, da qual a pesquisadora é docente.

De posse dos artigos, iniciou-se a leitura dos mesmos, e com isto prosseguiu-se para a terceira etapa desta revisão integrativa.

### **4.3 Terceira etapa: avaliação dos dados**

Nesta etapa, procedeu-se a uma avaliação geral dos 14 estudos incluídos nesta RI, de modo a se produzir um agrupamento inicial dos estudos quanto ao delineamento de pesquisa e nível de evidência, bem como a formação de categorias temáticas, o que auxiliou a realização das demais etapas do estudo.

A análise do delineamento de pesquisa dos artigos foi fundamentada nos conceitos descritos por Polit e Beck (2011) e Gil (2009). Quanto ao nível de evidência, optou-se pela classificação proposta por Polit e Beck (2011), apresentada anteriormente.

Após essa avaliação inicial, os artigos selecionados foram agrupados de acordo com o delineamento de pesquisa, nível de evidência, e as seguintes categorias temáticas: Diagnósticos de enfermagem em gestantes saudáveis, Diagnósticos de enfermagem em gestantes enfermas e Diagnósticos de enfermagem específicos; as quais foram criadas pela pesquisadora, a partir da avaliação dos estudos, de modo a facilitar a análise. Tais categorias serão detalhadas, analisadas e discutidas a seguir.

Destaca-se que os artigos foram organizados em ordem decrescente de ano de publicação e enumerados de 1 a 14. Tal numeração acompanhou o estudo em todo o processo de revisão, de modo a facilitar sua identificação. Esta descrição do ano de publicação será apresentada posteriormente.

O agrupamento dos estudos, a partir desta primeira avaliação, bem como a discussão desses resultados, está descrito no próximo capítulo.



#### **4.4 Quarta etapa: análise dos dados**

Iniciou-se esta etapa com a extração dos dados dos estudos, de maneira sistematizada, utilizando instrumento criado e validado por Elizabeth Ursi em sua dissertação de mestrado (URSI, 2005). Tal instrumento já foi usado também por Silveira (2008) e Azevedo (2011).

Esse instrumento contém questões abertas e fechadas e é composto por cinco itens, apresentado a seguir. Vale destacar que tal instrumento foi direcionado para a temática do estudo (APÊNDICE A):

1. Dados de identificação do artigo (título do artigo, título do periódico, autores, país, idioma e ano de publicação);
2. Instituição sede do estudo;
3. Tipo de revista científica;
4. Características metodológicas do estudo (tipo de publicação; objetivo ou questão de investigação; amostra; critérios de inclusão e exclusão na amostra; tratamento dos dados; resultados evidenciados, com ênfase na avaliação dos diagnósticos encontrados; análise; implicações; e conclusões);
5. Avaliação do rigor metodológico (clareza na descrição da trajetória metodológica empregada, identificação de limitações ou vieses).

Para cada estudo, foi utilizada uma cópia idêntica do instrumento e cada um dos itens acima foi preenchido com os dados extraídos dos estudos pela pesquisadora principal.

Vale ressaltar que foi solicitada por e-mail a permissão da autora para se utilizar o instrumento e a mesma autorizou prontamente.

#### **4.5 Quinta etapa: apresentação**

A síntese dos artigos que compuseram a amostra da presente revisão foi apresentada em um quadro sinóptico (APÊNDICE B), também criado por URSI (2005) e direcionado para o presente estudo, que contempla os seguintes aspectos: título da pesquisa, nome dos autores, tipo de pesquisa, detalhamento metodológico, detalhamento amostral,

diagnósticos encontrados e recomendações/conclusões. Para cada estudo foi elaborado um quadro sinóptico, totalizando 14 quadros, os quais são apresentados no Apêndice C.

A quarta e quinta etapas da presente revisão serão apresentadas a seguir, no capítulo intitulado Resultados e discussão. Destaca-se que a apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva, possibilitando aos leitores a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada; a fim de atingir o objetivo do método, que é buscar e avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre os diagnósticos de enfermagem em gestantes, de modo a facilitar o planejamento de um cuidado direcionado às reais necessidades destas clientes.

Ressalta-se também a autorização da autora para a utilização do modelo do quadro sinóptico.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O universo desta revisão integrativa totalizou 14 artigos publicados, dos quais, 13 foram localizados na base de dados LILACS, base com maior predominância de localização dos estudos, e um na base CINAHL.

No quadro a seguir, são apresentados os dados relacionados aos 14 estudos incluídos nesta revisão (APÊNDICE D), em relação à autoria, ao ano de publicação, país de origem, idioma no qual foi publicado, título, periódico, base de dados, delineamento de pesquisa, nível de evidência e categoria temática. Como dito anteriormente, foram organizados em ordem decrescente do ano de publicação e numerados de 1 a 14.

**Quadro 2** - Distribuição das publicações quanto ao número do estudo, à autoria, ao ano de publicação, país de origem, idioma no qual foi publicado, título, periódico, base de dados, delineamento de pesquisa, nível de evidência e categoria temática. Fortaleza, 2012.

Nº	Autores	Ano País Idioma	Título	Periódico	Base de dados	Delineamento de pesquisa	Nível de evidência	Categoria temática
1	FREITAS, S.L.F.; ARANTES, S.L.; GERK, M.A.S.; NUNES, C.B.	2010 Brasil Português	Diagnósticos de enfermagem em gestantes com vulvovaginite	Revista Nursing	Lilacs	Pesquisa descritiva, quantitativa de corte transversal	VI	Diagnósticos de enfermagem em gestantes enfermas
2	REINERS, A.A.O.; DIÓZ, M.; TEIXEIRA, N.Z.F.; GONÇALVES, P.M.S.	2009 Brasil Português	Diagnósticos de enfermagem em gestantes hipertensas	Revista Mineira de Enfermagem	Lilacs	Estudo descritivo e exploratório	VI	Diagnósticos de enfermagem em gestantes enfermas
3	KARAN, P.M.; ROSA, R.S.L.; BARBOSA, V.B.A.; BRITO, R.P.A.; ANJOS, C.	2008 Brasil Português	Diagnósticos de enfermagem e intervenções a gestantes admitidas em uma Unidade de Saúde da família	Revista Nursing	Lilacs	Estudo retrospectivo, analítico descritivo	VI	Diagnósticos de enfermagem em gestantes saudáveis
4	SANTOS, Z.M.S.A.; SILVA, A.R.V.; SILVA, R.M.; ARAGÃO, K.S.	2007 Brasil Português	Diagnósticos de enfermagem em gestantes com DHEG: estudo de caso	Revista Nursing	Lilacs	Estudo descritivo do tipo estudo de caso	VI	Diagnósticos de enfermagem em gestantes enfermas
5	ALVES, V.M.; MOURA, Z.A.; PALMEIRA, I.L.T.; LOPES, M.V.O.	2006 Brasil Português	Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de atenção à saúde	Acta paulista enfermagem	Lilacs	Estudo transversal de caráter exploratório e descritivo	VI	Diagnósticos de enfermagem específicos

6	ARCANJO, Z.; ALVES, V.M.; PALMEIRA, I.L.T.; LOPES, M.V.O.	2006 Brasil Português	Diagnósticos de enfermagem referentes ao sono e repouso de gestantes	Revista de enfermagem UERJ	Lilacs	Estudo transversal de caráter exploratório e descritivo	VI	Diagnósticos de enfermagem específicos
7	PEREIRA, S.V.M.; BACHION, M.M.	2005 Brasil Português	Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal	Revista Brasileira de Enfermagem	Lilacs	Estudo descritivo longitudinal	VI	Diagnósticos de enfermagem em gestantes saudáveis
8	MOURA, E.R.F.; LINARD, A.G.; ARAÚJO, T.L.	2004 Brasil Português	Diagnóstico de enfermagem em gestante: estudo de caso	Ciência, Cuidado e Saúde	Lilacs	Pesquisa descritiva do tipo estudo de caso	VI	Diagnósticos de enfermagem em gestantes saudáveis
9	LACAIVA, R.M.V.B.; BARROS, S.M.O.	2004 Brasil Português	Diagnósticos de enfermagem na assistência às gestantes	Acta paulista enfermagem	Lilacs	Estudo descritivo	VI	Diagnósticos de enfermagem em gestantes saudáveis
10	GOUVEIA, H.G.; LOPES, M.H.B.M.	2004 Brasil Inglês	Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco	Revista latino americana de enfermagem	Lilacs	Estudo descritivo exploratório transversal	VI	Diagnósticos de enfermagem em gestantes enfermas
11	VAZ, M.J.R.; BARROS, S.M.O.	2002 Brasil Português	Gestantes infectadas pelo HIV- caracterização e diagnósticos de enfermagem	Acta Paul.ista Enfermagem	Lilacs	Não cita (Estudo descritivo)	(VI)	Diagnósticos de enfermagem em gestantes enfermas
12	FARIAS, M.C.A.D.; NÓBREGA, M.M.L.	2000 Brasil Inglês	Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso	Revista latino americana de enfermagem	Lilacs	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	VI	Diagnósticos de enfermagem em gestantes enfermas
13	BARROS, S.M.O. COSTA, C.A.R.	1999 Brasil Inglês	Consulta de enfermagem a gestantes com anemia ferropriva	Revista latino americana enfermagem	Lilacs	Não cita (Estudo descritivo)	(VI)	Diagnósticos de enfermagem em gestantes enfermas
14	TORRES, G.V.; DAVIM, R.M.B. NÓBREGA, M.M.L.	1999 Brasil Inglês	Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de orem: estudo de caso com uma adolescente grávida	Revista latino-americana de enfermagem	CI NAHL	Descritivo com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso	VI	Diagnósticos de enfermagem em gestantes saudáveis

NOTA: Os delineamentos enumerados no quadro acima estão descritos como no artigo analisado.

Em relação à autoria dos estudos da RI, foram identificados 38 autores, dos quais, 37 eram enfermeiros e um era acadêmico de enfermagem, ressaltando que todos os estudos eram vinculados a Departamentos de Enfermagem, o que é justificável pelo objeto de estudo da presente revisão, pois se trata de um tema específico do profissional enfermeiro.

Destes enfermeiros, seis se denominaram enfermeiros obstetras, 11 eram mestres, 15 eram doutores, dois tinham o título de livre docente, três eram doutorandas, uma era mestranda, uma era aluna de especialização e oito tinham a graduação. Destaca-se que apenas quatro enfermeiras se declararam como assistenciais.

Isso reforça a necessidade dos enfermeiros que estão na prática clínica passarem para uma postura de produzir conhecimentos, pois, como já visto, a PBE enfatiza a necessidade de pesquisas que tenham seus objetos de estudo provenientes desta prática. Por isso, a necessidade de se estabelecer parcerias ensino-serviço, de modo a se possibilitar o desenvolvimento de estudos que realmente favoreçam melhorias para o cuidado de enfermagem.

Quanto ao ano de publicação, os estudos oscilaram entre os anos 1999 e 2010, havendo homogeneidade na distribuição dos artigos nestes anos, sendo que os únicos anos que tiveram mais de um artigo foram: 1999, com dois artigos; 2004, com três artigos; e 2006, com dois estudos.

Em relação ao país de origem, todos foram provenientes do Brasil e a maioria teve o português como idioma de publicação. Em nosso país, a implementação de uma metodologia de assistência de enfermagem, ou seja, o PE caminhou junto com o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão, que foi fundada sob interesses do governo, mercado de trabalho e ensino de enfermagem (KLETEMBERG; SIQUEIRA; MANTOVANI, 2006).

As décadas de 1980 e 1990, no Brasil, foram caracterizadas por incentivos à implementação do PE, acompanhando o processo de outros países no que diz respeito à elaboração da taxonomia *North American Nurses Diagnosis* (NANDA) e a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE), dentre outras (KLETEMBERG *et al.*, 2010).

A legislação brasileira também ratifica a importância da implementação do PE, da SAE, nos serviços de saúde, como o exposto pela Resolução COFEN nº 358/2009, que revogou a resolução COFEN nº 272/2002, a qual afirma que o Processo de enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado de enfermagem (BRASIL, 2009c).

Por tudo isto, percebe-se que Brasil vai ao encontro deste cenário de valorização do processo de enfermagem na prática assistencial do enfermeiro, o que se reflete também nas publicações sobre a temática.

Os artigos revisados estão distribuídos em sete periódicos distintos, os quais pertencem à região Sudeste do país, o que remete ao conhecido poderio técnico-científico desta região. Enquanto que se pode observar que nenhum periódico da região Nordeste foi citado.

Quanto ao periódico no qual se concentrou mais publicações, destacou-se a Revista Latino-Americana de Enfermagem, com quatro artigos. Isto também foi encontrado em um estudo que investigou a produção científica sobre SAE no Brasil, no qual se identificou que de 174 artigos, 41 (23,6%) foram publicados nesse periódico (FIGUEIREDO *et al.*, 2006).

A Revista Latino-Americana de Enfermagem constitui-se no órgão oficial de divulgação científica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) e do Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, de circulação internacional, abrangendo predominantemente os países da América Latina e Caribe, também divulgado para assinantes dos Estados Unidos, Portugal e Espanha. Foi criada em abril de 1992, sendo sua primeira edição publicada em janeiro de 1993.

Quanto à classificação Qualis da CAPES, que é o conjunto de procedimentos utilizados pela CAPES para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação, o periódico que mais concentrou os artigos da revisão era classificado com Qualis A1, ou seja, periódico de alto impacto científico.

Quanto ao delineamento metodológico adotado, apenas dois artigos da amostra não citaram o tipo de estudo no qual se enquadravam (estudos 11 e 13), mas de acordo com a análise dos artigos e com base nos referenciais teóricos sobre metodologia adotados (POLIT; BECK, 2011; GIL, 2009), tais estudos foram classificados como estudos descritivos.

Ao analisar os delineamentos identificados no quadro acima, os estudos da presente revisão consistiram em pesquisas não experimentais, estudos nos quais os

pesquisadores não interferem por manipulação na variável independente (POLIT; BECK, 2011).

Os estudos não experimentais podem ser classificados de formas diversificadas quanto ao seu objetivo, ao tempo, à abordagem dos dados utilizada ou quanto aos procedimentos técnicos utilizados.

Os estudos não experimentais da presente revisão integrativa foram definidos principalmente como descritivos, definição presente nos 14 estudos analisados. Pode-se entender por estudo descritivo, aquele que tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre as variáveis (GIL, 2009). Para Polit e Beck (2011), os estudos descritivos consistem em observar, descrever e documentar aspectos de uma situação; e quando os pesquisadores tentam descrever relações entre as variáveis, sem tentar inferir conexões causais, se tem um estudo correlacional descritivo.

Ao ponderar, ainda, sobre o delineamento e os níveis de evidência científica, segundo a nomenclatura de Polit e Beck (2011), os 14 estudos da presente revisão integrativa apresentaram nível de evidência VI, a qual está relacionada a estudos descritivos, qualitativos, ou fisiológicos individuais. Esse baixo nível de evidência está relacionado aos delineamentos não experimentais adotados pelos autores incluídos na presente revisão.

A despeito deste tipo de delineamento gerar evidências fracas, no contexto da PBE, há várias razões para se produzir um estudo não experimental: situações em que a variável independente não pode ser manipulada ou em que seria antiética essa manipulação; ou ainda existem questões de pesquisa para os quais os modelos experimentais não são apropriados, como os estudos com propósito descritivo (POLIT; BECK, 2011).

Mesmo fracas as evidências advindas de estudos descritivos, as mesmas não podem ser descartadas, visto que as evidências científicas para a prática de enfermagem dependem de pesquisas descritivas, correlacionais ou experimentais, e que costuma haver progressão lógica de expansão do conhecimento (POLIT; BECK, 2011)

Assim, a enfermagem para se consolidar cada vez mais como ciência necessita que seus pesquisadores realizem essa expansão do conhecimento, ou seja, não se limitem a

realizarem apenas estudos não experimentais, mas caminhem em direção a outros delineamentos, dentre os quais os experimentais, que são capazes de gerar evidências mais fortes.

Após a leitura minuciosa e a coleta dos dados dos artigos incluídos na revisão, emergiram três categorias temáticas relacionadas ao objeto de estudo, diagnósticos de enfermagem em gestantes, as quais foram: diagnósticos de enfermagem em gestantes saudáveis, diagnósticos de enfermagem em gestantes enfermas e diagnósticos de enfermagem específicos.

A primeira categoria foi composta por cinco estudos (estudos 3, 7, 8, 9 e 14), os quais tiveram objeto de estudo primordial, os DE presentes na gestação saudável. Estudos como estes são pertinentes, pois no período gestacional a mulher passa por transformações morfológicas, funcionais, sociais e emocionais, sendo um momento importante em sua vida e que requer cuidados especiais para preservar sua vida e seu bem-estar, bem como do bebê; de modo que se faz relevante uma categoria temática discutindo os DE presentes no ciclo gestacional saudável (MOREIRA, 2011).

Nessa categoria, quatro estudos (estudos 7, 8, 9 e 14) foram desenvolvidos de forma prospectiva, dos quais dois estudos foram caracterizados como estudo de caso (estudos 8 e 14).

Os estudos prospectivos são aqueles no qual o estudo começa com a variável independente e olha para frente em busca do efeito (HULLEY *et al.*, 2008; POLIT, BECK, 2011). E o estudo de caso é uma modalidade de pesquisa bastante utilizada nas ciências biomédicas e sociais; consistindo no estudo exaustivo e aprofundado de um ou poucos objetos, de modo a permitir seu amplo e detalhado conhecimento (GIL, 2009).

Quanto ao local de desenvolvimento dos estudos desta categoria, quatro estudos (estudos 3, 7, 9 e 14) citaram que a investigação foi realizada no serviço pré-natal, e um dos estudos (estudo 8) não identificou explicitamente o local, mas pela análise do mesmo inferiu-se que foi também no momento do acompanhamento pré-natal.

Entende-se por assistência pré-natal a supervisão médica e de enfermagem proporcionada à gestante da concepção ao início do trabalho de parto, sendo essencialmente



preventiva com objetivos básicos de identificar, tratar ou controlar doenças, prevenir complicações na gestação ou no parto, assegurar a boa saúde materna, ajudar a promover bom desenvolvimento fetal, reduzir os índices de morbidade e mortalidade materna e fetal e preparar os pais ao exercício perinatal (LULA; CARVALHO, 2010).

Destaca-se que, dos cinco estudos que compõem esta categoria, apenas o estudo 3 foi desenvolvido na Estratégia Saúde da Família-ESF. Esta estratégia visa reorganização da Atenção Básica (AB) no país, de acordo com as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde-SUS e é tida pelo Ministério da Saúde (MS), como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB (BRASIL, 2012e).

O Ministério da Saúde (MS), em seu manual de pré-natal de baixo risco, destaca que a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde, a partir da avaliação da necessidade de saúde de cada usuária, sendo garantido o acesso a outras redes assistenciais, como as de média e ou alta complexidade, caso seja necessário (BRASIL, 2012f)

Desse, quatro dos cinco estudos dessa categoria foram de encontro a esta recomendação, pois teve como cenário os serviços de pré-natal de baixo risco de instituições hospitalares, o que pode se dar a uma especificidade loco - regional, ou até a uma coincidência pelo fato de se ter uma pequena amostra de estudos. Vale destacar que apesar de serem serviços hospitalares, as investigações se caracterizaram por terem sido feitas em gestantes saudáveis, por isso a inclusão destes estudos nessa categoria.

A segunda categoria foi composta por sete estudos (estudos 1, 2, 4, 10, 11, 12 e 13) que objetivaram principalmente identificar DE em gestantes com algum tipo de adoecimento ou complicação associada à gestação.

Como ressaltado nesta revisão, a gestação normal configura-se como um paradigma de tolerância e adaptação que acontecem no organismo materno, no sentido de manter mãe e concepto saudáveis (STROMILLI, 2011). Mas, por vezes, este equilíbrio pode não persistir e surgirem enfermidades ou complicações relacionadas ao ciclo gestacional, de modo que estudos relacionados a estas gestantes são indispensáveis.

Dentre as patologias relacionadas à gestação, as mais presentes nos estudos que compuseram esta categoria temática foram: doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), hoje denominada síndrome hipertensiva gestacional (SHG), trabalho de parto prematuro (TPP), amniorrexe prematura, infecção do trato urinário, pielonefrite, anemia ferropriva, síndrome da imunodeficiência adquirida-AIDS e placenta prévia.

Como descrito no Manual de Gestação de Alto Risco do MS, essas condições caracterizam a gestação como uma gestação de alto risco, pois atribuem maior chance de evolução desfavorável para ela ou para o concepto (BRASIL, 2010a).

A terceira e última categoria temática contemplou dois estudos (estudos 5 e 6) que investigaram como os DE Fadiga e os DE relacionado ao sono e repouso se manifestaram durante a gravidez. Vale destacar que esses dois estudos foram desenvolvidos na ESF.

## **5.1 Resultados e discussão das categorias temáticas**

Os resultados contidos nas categorias temáticas da presente Revisão Integrativa são apresentados e descritos a seguir, bem como discutidos e analisados de acordo com a literatura pertinente. As categorias temáticas são: Diagnósticos de enfermagem em gestantes saudáveis; Diagnósticos de enfermagem em gestantes enfermas; e Diagnósticos de enfermagem específicos.

### ***5.1.1 Diagnósticos de enfermagem em gestantes saudáveis***

Esta categoria temática foi identificada nos estudos 3, 7, 8, 9 e 14. Integrando os cinco estudos da 1ª categoria, que trata dos DE presentes em gestantes saudáveis, guardando as devidas diferenças, como delineamentos e percursos metodológicos, 15 diagnósticos foram descritos e analisados, os quais são apresentados no quadro a seguir.

**Quadro 3-** Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem analisados na Categoria: DE em gestantes saudáveis. Fortaleza, 2012.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Estudo</b>	<b>Frequência (%)</b>
Conhecimento deficiente	7, 8, 9	60
Padrão de sono prejudicado	3, 7, 14	60
Náusea	3, 7	40
Risco de infecção	7, 9	40
Disfunção sexual	3	20
Fadiga	3	20
Dor crônica	3	20
Volume de líquido excessivo	3	20
Déficit no autocuidado para banho	7	20
Dor aguda	7	20
Intolerância à atividade	7	20
Risco de lesão	9	20
Risco de baixa autoestima situacional	9	20
Conforto prejudicado	9	20
Processo familiar alterado	14	20

A maioria dos diagnósticos tendeu a aparecer isoladamente em um estudo. Considerando os DE presentes na versão atual da NANDA-I, os mais frequentes em dois ou mais estudos desta categoria foram: Conhecimento deficiente (60%); Padrão de sono prejudicado (60%); Náusea (40%); e Risco de infecção (40%).

Tais achados vão ao encontro da obra que objetivou apresentar a aplicabilidade do processo de enfermagem nas áreas de Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia, na qual foi realizado levantamento dos DE relacionados à gestação normal, e descreveram-se como os mais pertinentes: Ansiedade; Náusea; Fadiga; Constipação; Risco de infecção; Padrão de sexualidade ineficaz; e Conhecimento deficiente (LULA; CARVALHO, 2010).

O estudo 3 constitui-se em um estudo descritivo, retrospectivo, que teve como amostra 40 prontuários de gestantes atendidas em uma Unidade de Saúde da Família-USF. Os dados, coletados por um ICD, baseado no referencial teórico de Wanda Horta, foram analisados e, a partir disto, os autores realizaram a inferência dos DE, de acordo com a Taxonomia NANDA-I (Karan et al, 2008).

O referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta é uma teoria brasileira bastante utilizada no país e baseia-se na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, o qual define essas necessidades como sendo os estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais (HORTA, 1979).

Neste estudo, os DE mais comuns, ou seja, que foram encontrados em mais de 50% da amostra, foram: Náuseas (37; 92,5%), Disfunção sexual (35; 87,5%), Fadiga (32; 80%), Padrão de sono perturbado (30; 75%), Dor crônica (lombalgia) (30; 75%) e Volume de líquidos excessivo (26; 65%).

O DE Náusea, aprovado pela NANDA-I, em 1998, e revisado, em 2002 e em 2010, está inserido no Domínio 12: Conforto, mais especificamente na Classe 1: Conforto físico (NANDA-I, 2013). É definido como “um fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável, na parte de trás da garganta e no estômago, que pode ou não resultar em vômito” (NANDA-I, 2013, p. 550).

Em relação ao DE Náusea, os autores descreveram como CD o relato verbal de náusea e como FR as alterações fisiológicas da gravidez. Esta CD e este FR estão descritos na NANDA-I (NANDA-I, 2013).

O DE Náusea torna-se esperado na gravidez, visto que a náusea configura-se como o resultado das alterações fisiológicas do sistema digestivo advindas da gravidez, quando ocorre diminuição do peristaltismo em virtude principalmente do efeito da progesterona sobre a musculatura lisa. O peristaltismo diminuído retarda o esvaziamento gástrico e o trânsito intestinal, o que causa, além da náusea, pirose e constipação (CARVALHO, 2007).

O DE Disfunção sexual foi aprovado pela NANDA-I, em 1980, tendo sido revisado em 2006, estando inserido no Domínio 8: Sexualidade e na Classe 2: Função sexual (NANDA-I, 2013).

A disfunção sexual é definida como “o estado em que o indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recompensadora e inadequada” (NANDA-I, 2013, p.387).

O DE Disfunção sexual apresentou, neste estudo, a alteração no alcance da satisfação sexual como CD e a estrutura corporal alterada como FR. Ambos estão descritos na NANDA-I, que destaca ainda a estrutura corporal alterada associada à gravidez (NANDA-I, 2013).

Estudo que investigou a sexualidade de 108 gestantes em um Centro de Saúde da Família (CSF) de Fortaleza-Ceará identificou que, destas mulheres, 86,1% referiram ter relação sexual na gravidez, porém com diminuição tanto da satisfação como do desejo sexual. As mesmas atribuíram como fatores que interferiam no exercício da sexualidade a náusea, a lombalgia e o medo de machucar o bebê ou de provocar aborto (BARBOSA *et al.*, 2011).

Observou-se que no estudo citado tanto fatores biológicos e psicológicos inerentes à gravidez foram relatados como negativos para o pleno desenvolvimento da função sexual da gestante, por isso a necessidade de assistir a mulher gestante de forma holística e integral.

O DE Fadiga foi aprovado pela NANDA-I em 1988 e revisado em 1998, estando inserido no Domínio 4: Atividade/repouso, e na Classe 3: Equilíbrio de energia (NANDA-I, 2013). É definido como “uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual” (NANDA-I, 2013, p.287).

Neste estudo, a Fadiga, enquanto DE, teve como CD a verbalização de uma constante falta de energia, e apresentou a gravidez como FR. Destaca-se que esta CD, assim como este FR, está inserida na NANDA-I e que a gravidez é inserida nos FR fisiológicos, bem como a anemia, a condição física debilitada, o esforço físico aumentado, os estados de doença, a má nutrição e privação de sono (NANDA-I, 2013).

As gestantes, muitas vezes, ficam fatigadas devido à noctúria e ao aumento das exigências metabólicas durante a gravidez (ORSHAN, 2010). O sistema metabólico da mãe se adapta à gravidez, em uma primeira fase, a anabólica, a mãe estoca gordura no seu tecido adiposo e usa para seus gastos energéticos a queima de parte da glicose ingerida. Em uma segunda fase, a catabólica, o feto usa a glicose materna como fonte energética, assim, nesse segundo período, a fadiga tende a aumentar sua ocorrência e gravidade (NEME, 2006).

O DE Padrão de sono perturbado, identificado no estudo, aparece, atualmente, na Taxonomia II da NANDA-I, como Padrão de sono prejudicado, este foi revisado em 2006, e pertence ao Domínio 4: Atividade/repouso e a Classe 1: Sono/repouso (NANDA-I, 2013).

Este DE é definido como a “interrupção da quantidade e da qualidade do sono, limitadas pelo tempo decorrente de fatores externos” (NANDA-I, 2013, p.275). No estudo 3, este diagnóstico apresentou a CD queixas verbais de dificuldade em adormecer e os FR ansiedade, fadiga e medo. Esta CD encontra-se contemplada na NANDA-I, porém os FR não são contemplados nesta taxonomia, dentre os FR descritos na taxonomia temos: falta de privacidade/controle do sono; iluminação; imobilização física, interrupções por motivos terapêuticos, monitoramento ou exames laboratoriais; mobiliário estranho para dormir; ruído; responsabilidade de cuidado; dentre outros (NANDA-I, 2013).

As dificuldades de sono podem estar relacionadas a sintomas, como as palpitações. Dentre as sugestões para controlar a fadiga e o padrão de sono prejudicado, incluem a obtenção de períodos de repouso mais recorrentes, a ida para a cama mais cedo e o repouso na posição de Sims, modificada para repousar parte do peso fetal sobre a cama (ORSHAN, 2010).

O DE Dor crônica foi inserido aprovado, em 1986, e revisado em 1996, sendo um diagnóstico do Domínio 12: Conforto e da CLASSE 1: Conforto físico, assim como o DE Náusea já descrito antes (NANDA-I, 2013). Este diagnóstico é definido como:

experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descritas em termos de lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com uma duração de mais de seis meses (NANDA-I, 2013, p. 549).

No estudo, o diagnóstico Dor crônica, especificamente a lombalgia, teve como CD a dificuldade de locomoção e como FR o ganho de peso. Vale destacar que observando a taxonomia NANDA-I não se identificou estes termos.

Na gravidez, o corpo da mulher passa por uma série de ajustes posturais, sendo comum a grávida provocar a elevação da cabeça, intensificar a hiperextensão da coluna cervical e lombar, e aumentar a extensão de joelhos e tornozelos, para assim manter o equilíbrio postural, de modo que essas alterações são fatores associados à lombalgia referida por muitas gestantes (MOREIRA *et al.*, 2011).

O DE Volume excessivo de líquidos citado no artigo, tem como enunciado da NANDA-I Volume de líquidos excessivo, o mesmo foi aprovado em 1982 e revisto em 1996, pertencendo ao Domínio 2: Nutrição e a Classe 5: Hidratação (NANDA-I, 2013). É definido como “retenção aumentada de líquidos isotônicos” (NANDA-I, 2013, p.109). Neste estudo apresentou o edema de membros inferiores como CD e a compressão da veia cava inferior como FR.

O edema está presente como CD na NANDA-I, já os FR da taxonomia são: ingestão excessiva de líquidos, ingestão excessiva de sódio e mecanismos reguladores comprometidos, assim o FR apontado pelo estudo pode ser associado a este último (NANDA-I, 2013).

O edema pode se constituir em algo fisiológico, resultante do aumento da pressão venosa nos membros inferiores, como consequência da compressão das veias cavas pelo útero gravídico, também, em virtude da resistência que o fluxo sanguíneo encontra nas extremidades inferiores ao juntar-se ao fluxo proveniente do útero (CARVALHO, 2010).

Vale ressaltar que outros DE foram citados no estudo, como: Risco para amamentação ineficaz 15 (37,5%); Eliminação urinária prejudicada 10 (25%); e Risco para maternidade ou paternidade prejudicada, 5 (12,5%). Porém, como tiveram baixa prevalência, os mesmos não foram discutidos.

Os autores concluíram que a identificação dos DE nas gestantes, bem como as intervenções adequadas para cada DE, e por fim a aplicação da SAE aproximou os enfermeiros das gestantes; o que contribuiu para assistência mais efetiva e cuidado mais qualificado (KARAN *et al.*, 2008).

O estudo 7 trata-se de estudo descritivo longitudinal que objetivou analisar o perfil de DE em mulheres ao longo do período gestacional. Foi desenvolvido com 11 gestantes do pré-natal de uma maternidade do interior do Estado de Goiás (PEREIRA; BACHION, 2005).

A amostra foi selecionada por conveniência, e constituiu-se de mulheres maiores de 18 anos; cinco primíparas e seis multíparas; com idade gestacional entre 10 e 36 semanas, das quais, três estavam no 1º trimestre; quatro, no 2º trimestre; e quatro, no 3º trimestre. O

ICD consistiu em um roteiro semiestruturado elaborado pelos pesquisadores, de acordo com o Modelo conceitual de OREM, os quais se constituíram em roteiros de consulta de enfermagem.

O Modelo Conceitual de Dorothea Orem, refere-se à Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, que define a enfermagem como arte por meio da qual o profissional presta assistência especializada a pessoas incapacitadas, em que é preciso mais do que uma assistência comum para satisfazer as necessidades de autocuidado. Entendendo este como uma ação deliberada para suprir ou garantir o fornecimento dos materiais necessários para a vida e a manutenção da integridade humana (McWEN; WILLS, 2009).

Neste estudo, Pereira e Bacion não descreveram a maneira como os DE foram inferidos, mas afirmaram que utilizaram a Taxonomia NANDA-I para compor os diagnósticos, os quais foram 25 no total. Neste estudo, os autores apresentam a relação dos 25 DE encontrados na amostra, os quais estão descritos no Quadro sinóptico 11, do Apêndice C, bem como os relaciona de acordo com os trimestres gestacionais. Aqui, discutiu-se a segunda opção para tornar a análise mais adequada.

No 1º trimestre, os DE mais comuns foram o Risco para infecção (DST- Aids), o Comportamento de busca de saúde percebido, o Conhecimento deficiente e a Náusea.

O DE Risco de infecção, que no **estudo 7** aparece específico a DST- Aids, foi aprovado em 1986 e revisado em 2010, e está inserido no Domínio 11: Segurança/proteção especificamente na Classe 1: Infecção (NANDA-I, 2013). Sendo definido como o “risco de ser invadido por organismos patogênicos” (NANDA-I, 2010, p.485).

No estudo 7, este diagnóstico teve como FR o conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos, o qual está descrito desta forma na NANDA-I (NANDA-I, 2013). Os autores citaram que as gestantes relatavam não usar preservativos tanto pela discordância delas ou do parceiro em usar o método.

O DE Comportamento de busca de saúde percebido apresentou como CD a verbalização do desejo de maior controle sobre as práticas de saúde e de buscar um nível mais elevado de saúde. Os autores afirmaram que as gestantes relataram mudanças de hábitos, de modo a promover seu bem-estar e de seu filho, e também ações autocuidado como não tingir



cabelos, cuidados com a pele, parar de fumar, preocupação com o controle do peso, dentre outros. Destaca-se que este diagnóstico foi retirado da Taxonomia NANDA-I, na versão 2009-2011, tendo como justificativa para essa retirada a falta de fatores relacionados que o sustentasse (NANDA-I, 2013).

O DE Conhecimento deficiente foi aprovado em 1980, não tendo sido revisado, estando localizado no Domínio 5: Percepção/cognição e na Classe 4: Cognição (NANDA-I, 2013). Sendo definido como a “ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico” (NANDA-I, 2013, p.198). Neste estudo, este DE apresentou como CD a verbalização de dúvidas e desconhecimento sobre assuntos diversos, que na NANDA-I (2013) é identificada como verbalização do problema. O FR identificado no estudo foi a falta de acesso a conhecimentos adequados, vale destacar que na NANDA-I (2013), os FR elencados são: falta de capacidade de recordar, falta de exposição, de familiaridade com os recursos de informação, de interesse em aprender, interpretação errônea de informações e limitação cognitiva.

Em estudo descritivo realizado com 310 gestantes, em 12 Centros de Saúde da Família (CSF) de Fortaleza-Ceará, identificou que 178 mulheres (57,4%) relataram que não receberam orientações durante o pré-natal. Das que receberam, 105 (33,9%) foram orientadas quanto à amamentação, 94 (29,6%) sobre parto e puerpério e 88 (28,4%) foram orientadas quanto aos cuidados do RN (PEIXOTO *et al.*, 2011). Estes achados reforçam a importância de serem intensificadas atividades educativas durante o pré-natal, de modo a diminuir a ocorrência do DE Conhecimento deficiente no período gestacional.

Vale ressaltar que essas atividades educativas devem ocorrer por meio de linguagem clara e compreensível, focando orientações gerais sobre os cuidados na gestação, as alterações fisiológicas e emocionais, bem como cuidados com os recém-nascidos, amamentação, planejamento familiar, dentre outros (BARBIERI *et al.*, 2012).

Em estudo qualitativo realizado com 12 gestantes para investigar a satisfação das mesmas com a assistência PN, foi identificado que essas mulheres precisavam de mais informações sobre as mudanças fisiológicas, em especial as mudanças nas mamas, na pele e no corpo como um todo (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010). O DE Náusea, já

detalhado na análise do estudo 3, apresentou a irritação do trato gastrointestinal como FR e a verbalização de enjôo como CD.

No estudo 7, tal diagnóstico não foi mais identificado no 2º trimestre, o que era esperado, visto que a náusea é uma característica fisiológica comum no primeiro trimestre de gestação (ORSHAN, 2010).

No 2º trimestre, os DE mais frequentes foram o Risco para infecção (DST-AIDS), o Déficit de autocuidado para banho e higiene (com enunciado novo de Déficit no autocuidado para banho), o Comportamento de busca de saúde percebido e o Conhecimento deficiente.

Destes diagnósticos, apenas o DE Déficit no autocuidado para banho surge no 2º trimestre. Este diagnóstico foi aprovado em 1980 e revisado em 1998 e 2008, pertencendo ao Domínio 4: Atividade/repouso e a classe 5: Autocuidado (NANDA, 2013), sendo definido como a “capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho/higiene por si mesmo” (NANDA, 2013, p.310).

No estudo, o DE teve como CD a incapacidade de lavar a parte inferior do corpo e como FR o prejuízo musculoesquelético, ambos identificados na Taxonomia NANDA-I (NANDA, 2013). O sistema músculo esquelético vai sofrendo modificações à medida que a gestação progride. As articulações pélvicas tornam-se mais flexíveis, sob a influência da relaxina, o que facilita o parto, mas pode causar desconforto para a mulher; às vezes a sínfise púbica separa-se até 3 a 4 mm, provocando dificuldade de caminhar; o peso crescente do feto e a protusão do abdômen causam lordose, enquanto a mulher tenta manter o centro de gravidade (ORSHAN, 2010).

Essas adaptações musculoesqueléticas dão à mulher um novo arranjo funcional, que pode dificultar a realização de atividades da vida diária como banhar-se, contribuindo assim para o aparecimento do DE Déficit no autocuidado para banho.

No 3º trimestre, os diagnósticos mais frequentes foram: Risco para infecção (DST-AIDS), Déficit de autocuidado para banho e higiene, Comportamento de busca de saúde percebido, Conhecimento deficiente, Dor aguda, Padrão de sono perturbado, Intolerância à atividade percebida, e Incontinência urinária por pressão. Destes diagnósticos,

os quatro primeiros estavam presentes também no 2º trimestre e já foram descritos e analisados anteriormente.

O DE Dor aguda, que apareceu neste estudo no 3º trimestre de gravidez, foi incorporado à NANDA-I em 1996, mas não foi revisado, sendo diagnóstico do Domínio 12: Conforto e da Classe 1: Conforto físico (NANDA-I, 2013). Sendo definido como:

experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descritas em termos de lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com uma duração de menos de seis meses (NANDA-I, 2013, p. 548).

No estudo, este DE teve como CD a verbalização da dor em membros inferiores, pelve, região inguinal e região lombar; expressão de dor; gestos protetores; distúrbio do sono e comportamento expressivo; as quais são identificadas na taxonomia NANDA-I (2013).

Em relação à lombalgia, referida no estudo 7, esta é queixa comum entre as grávidas, a mesma pode ser explicada tanto pelas alterações posturais associadas à gravidez, com também a um conjunto de mudanças no organismo da grávida, como: instabilidade articular, ganho de peso principalmente na região abdominal, e o estresse mecânico sobre os músculos da coluna e do quadril (BORG-STEIN; DUGAN, 2007; GUTKE; OSTGARD; OBERG, 2008).

O FR encontrado no estudo 7 para o DE Dor aguda foi: agentes biológicos e psicológicos associados à gravidez, este está de acordo com a nomenclatura adotada, a qual cita como FR deste DE os agentes lesivos que podem ser biológicos, químicos, físicos e psicológicos (NANDA-I, 2013).

Outro DE que apareceu nesta fase da gestação foi o Padrão de sono perturbado, cujo enunciado atual é Padrão de sono prejudicado, o qual foi também descrito e analisado no estudo 3. No estudo 7, este DE apresentou como CD queixas verbais de não se sentir descansada, como visto, tal CD é identificada na nomenclatura da NANDA-I (2013).

Quanto ao DE Intolerância à atividade percebida, cujo enunciado na NANDA-I é Intolerância à atividade, o mesmo também surgiu no 3º trimestre de gravidez, sendo um diagnóstico do Domínio 4: Atividade/repouso e Classe 4: Respostas cardiovasculares/pulmonares; foi aprovado em 1982 e ainda não foi revisado (NANDA-I,

2013). É definido pela NANDA-I como “energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas” (NANDA-I, 2013, p.292).

As CD apontadas pelo estudo foram: verbalização de fadiga, fraqueza, desconforto e dispnéia de esforço. Os FR foram o desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio. Todos estes termos são contemplados pela Taxonomia NANDA-I.

Essas CD e FR podem estar relacionadas às alterações do sistema respiratório, o qual é afetado pela gestação em especial nos estágios finais, pois o feto em crescimento desloca o diafragma para cima, o que causa sensação de falta de ar principalmente aos esforços. Outra situação que ocorre na gravidez é a crescente demanda de oxigênio, tanto dos tecidos fetais como maternos, que se encontra aumentada em quase 20% no final da gestação (ORSHAN, 2010).

O diagnóstico Incontinência urinária por pressão apresentou como CD o relato de urgência urinária e a frequência urinária a intervalos menores que uma hora. O FR pressão intra-abdominal alta devido ao útero gravídico. Vale ressaltar que este diagnóstico não é contemplado na Taxonomia NANDA-I.

Diagnósticos de enfermagem relacionados à eliminação urinária podem ser esperados na gravidez, uma vez que a mesma acarreta uma série de modificações do sistema urinário, as quais estão correlacionadas com as CD e os FR supracitado. Dentre as principais alterações urinárias tem-se: o aumento do fluxo sanguíneo aos rins (de 30% a 60%); ação da progesterona sobre a musculatura lisa dos ureteres diminuindo o peristaltismo e causando dilatação; e a polaciúria, que se deve principalmente a pressão do útero aumentado de tamanho sobre a bexiga (CARVALHO, 2007).

Em suma, no estudo 7, três DE foram importantes quanto à prevalência entre as gestantes tendo se mantido ao longo de toda a gestação, a saber: Risco para infecção ( DST-Aids), Comportamento de busca de saúde percebido e Conhecimento deficiente. Vale destacar que o DE Conhecimento deficiente acompanhou as mulheres do estudo independente do período gestacional, o que leva a refletir como está sendo realizada a educação em saúde dessas mulheres acompanhadas no pré-natal.

A educação em saúde representa um dos principais elementos da promoção da saúde, sendo uma forma de cuidar que possibilita o desenvolvimento da consciência crítica e reflexiva e a emancipação dos sujeitos ao promover a produção de um saber que contribui para que as pessoas possam cuidar melhor de si e de seus familiares (SANTOS; PENNA, 2009). Isto vai ao encontro dos pressupostos de Paulo Freire, o qual defende que ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar as possibilidades para sua produção ou construção (FREIRE, 2008).

Frente ao exposto, a educação em saúde e a promoção da saúde tornam-se intimamente relacionadas, uma vez que a última depende da participação ativa da população bem informada no processo de mudança (BRASIL, 2010c).

O estudo concluiu que os DE encontrados apontam para necessidade da atuação de uma equipe interdisciplinar qualificada que atue em atividades individuais e grupais. Merece atenção para a valorização da prática de consulta de enfermagem e todas as prerrogativas nela implícitas, como diagnosticar e prescrever ações de competência da profissão, e assim alcançar os resultados, pelos quais a enfermagem é responsável. Considera ainda que as diretrizes dos programas de saúde nessa área precisam ser repensadas e reestruturadas para que possam ser realmente condizentes com as reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde (PEREIRA; BACHION, 2005).

O estudo 8 consiste em uma pesquisa do tipo estudo de caso, no qual os autores planejaram o cuidado de enfermagem a uma gestante de acordo com a Teoria de Imogene King. A investigação foi realizada no pré-natal, utilizando um ICD, de acordo com esta teoria, além da revisão dos registros do cartão da gestante (MOURA; LINARD; ARAÚJO, 2004).

Imogene King redigiu, em 1980, a Teoria da Realização de Meta, a qual define a enfermagem como um processo de ação, reação e interação, pelo qual o enfermeiro e o paciente compartilham informações sobre suas percepções na situação de enfermagem, metas específicas, problemas e preocupações e exploram o meio de atingir a meta (MCEWEN; WILLS, 2009).

Da mesma forma que o estudo 7, os autores não descrevem a maneira como os DE foram inferidos e utilizaram a Taxonomia NANDA-I para compor os diagnósticos. Os autores destacaram a presença do DE Déficit de conhecimento sobre amamentação e parto; o

qual foi eleito como prioritário pela gestante, assim detalharam suas CD e FR. Este diagnóstico, como dito, tem hoje o enunciado Conhecimento deficiente e descrito na análise do estudo 7.

No estudo 8, as CD do DE Conhecimento deficiente citadas foram solicitação verbal da gestante de receber informações sobre os temas especificados e insegurança para enfrentar as demandas da maternidade por falta de esclarecimentos. O FR citado foi a falta de orientação no pré-natal, tal fato, segundo o próprio estudo, foi reforçado pelos relatos da gestante. Comparando com a Taxonomia adotada nesta revisão, as CD identificadas no estudo 8 guardam relação com a CD Verbalização do problema, e o FR identificado pode ser relacionado ao fator Falta de exposição descrito na nomenclatura (NANDA-I, 2013).

Os autores concluíram que a adoção do PE permitiu sistematizar, priorizar e otimizar a assistência de enfermagem a gestante, favorecendo uma prática crítica e científica, que certamente conduzirá a um reconhecimento profissional. E, ainda, recomendaram que os enfermeiros realizassem outros estudos com gestantes, visando utilização do método científico e de um referencial teórico.

O estudo 9 consistiu em um estudo descritivo que objetivou identificar os DE mais frequentes em gestantes assistidas por enfermeiras obstetras (LACAVA; BARROS, 2004).

A Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre o exercício da enfermagem e afirma que compete ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, o acompanhamento do trabalho de parto, a execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócia. Aos portadores do título de obstetriz, ou de enfermeiro obstetra, faculta-se a prestação da assistência obstétrica à parturiente e ao parto normal, assim como a identificação de distócias obstétricas e a tomada de providências até a chegada do médico, além da realização de procedimentos, como episiotomias, episiorrafias e aplicação de anestesia local (BRASIL, 1986).

O estudo foi desenvolvido com 15 gestantes selecionadas aleatoriamente desde que obedecessem aos seguintes critérios de inclusão: terem sido assistidas exclusivamente por enfermeiras obstetras, com no mínimo de seis consultas de pré-natal; e terem o prontuário preenchido corretamente.

Tal estudo foi desenvolvido no serviço pré-natal de um hospital filantrópico do município de São Paulo. Para coleta de dados, os autores elaboraram um ICD, e assim como o estudo 3 não descreve a maneira como os DE foram inferidos, mas afirmam que utilizaram a Taxonomia NANDA-I para compor os diagnósticos.

No artigo, os autores distribuíram os DE identificados, de acordo com Padrões de Respostas Humanas, totalizando 45 diagnósticos. O padrão que mais teve DE identificados foi o Trocar, seguidos dos padrões Mover, Sentir e Escolher. Esses padrões de respostas humanas estão relacionados ao Modelo Bifocal de Prática Clínica de Carpenito-Moyet, o qual representa situações que influenciam pessoas, grupos e comunidades, assim como a classificação dessas respostas na perspectiva da enfermagem, afirmando que os enfermeiros não tratam essas situações, e sim, prescrevem e tratam as respostas a essas situações (CARPENITO-MOYET, 2006).

No Quadro Sinóptico 13, do Apêndice C, da presente revisão, foram relacionados os DE que ocorreram em 50% ou mais da amostra, de acordo com o Padrão ao qual pertenciam. Os autores deste estudo descreveram ainda os DE, bem como suas CD e FR, os quais foram: o Risco para infecção (15; 100%), o Risco para lesão fetal (15; 100%), o Conforto alterado (15; 100%), o Risco para distúrbio no autoconceito (15; 100%) e o Conhecimento deficiente (15; 100%).

O DE Risco de infecção foi descrito na análise do estudo 7. No estudo 9, o diagnóstico Risco para infecção é subdividido em Risco para infecção: comprometimento das defesas hospedeiras; Risco para infecção do trato urinário e Risco para infecção do trato genital. O diagnóstico Risco para infecção: comprometimento das defesas hospedeiras apresentou como fator de risco mais comum o padrão alimentar inadequado; o Risco para infecção do trato urinário teve como fator de risco mais frequente a maior vulnerabilidade materna secundária às adaptações funcionais e anatômicas dos rins e vias urinárias durante a gestação; e o Risco para infecção do trato genital teve o fator de risco mais prevalente a maior vulnerabilidade materna secundária às alterações fisiológicas ocorridas durante a gestação.

Na Taxonomia NANDA-I, o diagnóstico presente é Risco de lesão, o qual foi aprovado em 1978, não tendo sido ainda revisado, estando inserido no Domínio 11: Segurança/proteção e Classe 2: Lesão física (NANDA-I, 2013). Tal diagnóstico é definido

como “risco de lesão, como resultado de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo” (NANDA-I, 2013, p.497).

No estudo 9, o diagnóstico Risco para lesão fetal teve como fator de risco os efeitos adversos das infecções cérvico-vaginais. Este fator não está descrito na taxonomia, mas pode ser relacionado aos fatores de risco internos contemplados na mesma. Na gestação, fisiologicamente acontecem alterações na cérvix e vagina, como aumento da vascularização, edema, amolecimento, aumento do glicogênio, maior produção de secreção, tudo isto associado à ação do estrogênio. Estas ocorrências podem facilitar a proliferação de bactérias e conseqüentemente a infecções cérvico-vaginais; o que reforça o aparecimento dos diagnósticos Risco de infecção e Risco de lesão supracitados (ORSHAN, 2010).

O DE Conforto alterado, o qual tem como enunciado na taxonomia II Conforto prejudicado, foi aprovado pela NANDA-I, em 2008, e revisado em 2010, e pertence ao Domínio 12: Conforto e as Classes 1: Conforto físico, Classe 2: Conforto ambiental e Classe 3: Conforto social (NANDA-I, 2013). Tem como definição a “falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e social” (NANDA-I, 2013, p.546).

Ainda no estudo 9, este DE apresentou como CD o aumento da frequência e urgência urinária, a dor lombar, a dor lombossacra, a queixa abdominal baixa e o conteúdo vaginal aumentado. Essas CD não são descritas nesses termos na NANDA-I, mas fazendo uma correlação, essas se assemelham a CD Relatos de sentir-se desconfortável, a qual está relacionada na referida taxonomia (NANDA-I, 2013).

Os FR mais frequentes foram as adaptações funcionais e anatômicas dos rins e vias urinárias durante a gestação, o desvio do centro de gravidade da gestante, a acentuação da lordose lombar, o relaxamento excessivo das articulações pélvicas e as alterações da flora bacteriana vaginal durante a gestação secundárias a ação hormonal.

Ao realizar um paralelo destes fatores com os FR da NANDA-I para este diagnóstico, os do estudo não são descritos na nomenclatura, o que mais se aproxima é o FR Sintomas relacionados à doença, se ao invés de doença se entender gravidez.



O diagnóstico Risco para distúrbio do autoconceito não aparece na Taxonomia NANDA-I, nesta nomenclatura, o que mais se aproxima é o DE Risco para baixa autoestima situacional, o qual é definido como “risco de desenvolver uma percepção negativa sobre seu próprio valor em resposta a uma situação atual” (NANDA-I, 2013, p.351).

No estudo 9, este diagnóstico apresentou o fator de risco futuras modificações corporais associadas à gestação como o mais comum, tal fator pode ser correlacionado com o fator de risco distúrbio na imagem corporal presente na Taxonomia NANDA-I (2013).

A gravidez é caracterizada por ser um momento de muita labilidade emocional, o que, associada às alterações biopsicossociais que acometem a mulher nesse período, facilita o aparecimento de distúrbios psiquiátricos ou a recorrência de patologias psiquiátricas prévias. Destaca-se, ainda, que estas ocorrências podem variar desde angústia, ansiedade, até quadros mais graves, como depressão severa, o que pode resultar em abandono do autocuidado e cuidado com o bebê ou até mesmo em suicídio ou infanticídio (FESCINA *et al.*, 2010).

Por tudo isso, a ocorrência de diagnósticos associados a questões emocionais devem ser investigados, de modo a possibilitar intervenção adequada que minimize as chances de ocorrência de distúrbios psiquiátricos durante esse período e até mesmo esses desfechos tão graves.

O DE Déficit de conhecimento, cujo enunciado atual é Conhecimento deficiente, analisado e descrito no estudo 7. No estudo 9, apresentou-se como FR principal o desconhecimento sobre o exame especular para coleta de material cérvico-vaginal (Papanicolau) e o autoexame das mamas.

Sabe-se que o exame ginecológico, o qual inclui a inspeção vulvar, o exame especular e o toque vaginal, deve ser realizado na gravidez, de modo a não se perder a oportunidade de rastrear o câncer de colo do útero nas gestantes; podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês (BRASIL, 2012f). Desta forma, se as mulheres referenciam falta de conhecimento sobre este exame, isto pode prejudicar a realização deste procedimento durante este período.

Em relação às mamas, o Instituto Nacional de Combate ao Câncer informa que a política de alerta à saúde das mamas destaca a importância do diagnóstico precoce do Câncer

de mama, o que significa orientar a população feminina sobre os sinais deste câncer e as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida (INCA, 2011). Assim, independente da gravidez, a mulher deve ficar atenta ao exame das mamas e orientada quanto aos sinais e sintomas do câncer de mama, tarefa importante a ser desenvolvida durante a assistência pré-natal.

Ao comparar os DE mais frequentes do estudo 9, com os DE mais comuns ao longo de toda a gestação descritos no estudo 7, verifica-se que os diagnósticos Risco para infecção e Conhecimento deficiente são comuns a ambos.

A ocorrência em destes dois diagnósticos, com prevalência importante em ambos os estudos, reforça a necessidade de se dedicar as gestantes um acompanhamento pré-natal que as assista de forma holística, ou seja, uma assistência que se preocupe tanto com a prevenção de doenças, mas que também vise educação em saúde, ou seja, assistência pré-natal que promova saúde.

Estudo que refletiu sobre a promoção da saúde no contexto do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) identificou que a promoção da saúde que permeia este cenário contempla a garantia de uma atenção de qualidade à gestante e seu conceito e a humanização que garante à mulher um papel de protagonista em um evento inerente ao seu ciclo vital; momento este, no qual a mulher deve ter sua autonomia garantida, mediante empoderamento por meio de estratégias de educação em saúde, com objetivo de garantir a livre informação e a tomada de decisão (GOMES *et al.*, 2012).

O estudo 14 consistiu em um pesquisa descritiva, do tipo estudo de caso, assim como o estudo 9, porém com abordagem qualitativa. O mesmo foi realizado no ambulatório de uma maternidade-escola da cidade de Natal-RN e os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista fundamentado na Teoria de Orem (TORRES; DAVIM; NÓBREGA, 1999).

A aplicação do modelo de Orem, no cuidado à gestante, permite identificar as necessidades de autocuidado específicas desta etapa da vida, o que contribui para estabelecer um ponto de partida para implementação do PE, com ênfase na capacitação e no desenvolvimento de capacidades de autocuidado das mulheres e seus familiares (MOLINA; SUAZO, 2009).

Assim como os estudos 7, 8 e 9, descritos anteriormente, os autores não descreveram a maneira como os DE foram inferidos e utilizaram a Taxonomia NANDA-I para compor os diagnósticos. Os DE mais frequentes eram relacionados ao Padrão de Resposta Humana ESCOLHER (padrão também considerado frequente no estudo 9), a saber: Adaptação prejudicada relacionado ao sistema de suporte inadequado; Distúrbio do padrão de sono relacionado a alterações sensoriais internas; e Processo familiar alterado relacionado à situação de transição.

O DE Adaptação prejudicada não é descrito na Taxonomia II da NANDA. O DE Distúrbio do padrão de sono que era presente na Taxonomia I da NANDA, passou a ser enunciado como Padrão de sono prejudicado na Taxonomia II, descrito no estudo 3 da presente revisão.

O DE Processo familiar alterado, que na taxonomia II da NANDA-I tem o enunciado Processos familiares interrompidos, foi aprovado em 1982 e revisado em 1998, e pertence ao Domínio 7: Papéis e relacionamentos e a Classe 2: Relações familiares (NANDA-I, 2013). Sendo definido como “mudança nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família” (NANDA-I, 2013, p.373).

Nesse estudo, o FR para este DE foi a situação de transição a qual está relacionada com a gravidez, este fator pode ser relacionado ao FR Transição situacional presente na referida taxonomia (NANDA-I, 2013).

A Taxonomia NANDA-I vigente no período deste estudo era a Taxonomia I, aprovada em 1988, sendo amplamente utilizada até o ano 2000, quando foi publicada a Taxonomia II, a qual é utilizada até os dias atuais (NÓBREGA; SILVA, 2009).

### ***5.1.2 Diagnósticos de enfermagem em gestantes enfermas***

Os estudos desta categoria investigaram a prevalência de diagnósticos em gestantes com alguma patologia associada à gravidez, tendo sido composta pelos estudos 1, 2, 4, 10, 11, 12 e 13.

Nesta categoria, os estudos 2 e 4 investigaram os DE em gestantes hipertensas; o estudo 10 envolveu gestantes de alto risco, dentre as quais também se tinham gestantes com níveis de pressão arterial elevados; o estudo 1 investigou DE em gestantes com infecções vaginais; enquanto que o estudo 11 envolveu gestantes com infecção pelo Vírus da Imunodeficiência humana (HIV); no estudo 12, o sujeito investigado foi uma gestante com placenta prévia; e por fim, o estudo 13 identificou os DE mais presentes em gestantes com anemia ferropriva.

Integrando os estudos da segunda categoria, guardando as devidas diferenças como delineamentos, amostras, patologias obstétricas distintas, foram encontrados 33 diagnósticos de enfermagem mais frequentes e que assim tiveram destaque durante a análise. Os mesmos estão apresentados no quadro seguir.

**Quadro 4** - Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem analisados na Categoria: DE em gestantes enfermas. Fortaleza, 2012.

<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Estudo</b>	<b>Frequência (%)</b>
Conhecimento deficiente	1, 2, 11, 13	57,14
Risco de infecção	4, 11, 12, 13	57,14
Dor aguda	1, 4, 12, 13	57,14
Manutenção do lar prejudicada	2, 11, 13	42, 85
Ansiedade	2, 4, 12	42, 85
Medo	4, 11, 13	42, 85
Manutenção ineficaz da saúde	1, 4, 13	42, 85
Autocontrole ineficaz da saúde	2, 11	28, 50
Padrão de sexualidade ineficaz	2, 13	28, 50
Volume de líquidos excessivo	2, 4	28, 50
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	4, 13	28, 50
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	11, 13	28, 50
Risco de lesão (fetal)	11, 13	28, 50
Integridade tissular prejudicada	1, 11	28, 50
Padrão de sono prejudicado	2	14, 20
Distúrbio na imagem corporal	2	14, 20
Constipação	4	14, 20
Mobilidade física prejudicada	4	14, 20
Fadiga	4	14, 20
Intolerância à atividade	4	14, 20
Déficit autocuidado para banho	4	14, 20
Comportamento de saúde propenso a risco	1	14, 20
Eliminação urinária prejudicada	1	14, 20
Disfunção sexual	11	14, 20
Volumes líquidos deficientes	12	14, 20
Processo familiar interrompido	12	14, 20
Comunicação prejudicada	12	14, 20
Risco integridade da pele prejudicada	12	14, 20
Déficit autocuidado higiene íntima	12	14, 20
Déficit autocuidado vestir-se	12	14, 20
Retenção urinária	12	14, 20
Conforto prejudicado	13	14, 20
Risco para amamentação ineficaz	13	14, 20

A maioria dos diagnósticos foi identificada isoladamente em um estudo. Dentre os DE que foram mais frequentes em três ou mais tem-se: Conhecimento deficiente, Risco de infecção, Dor aguda, Manutenção do lar prejudicada, Ansiedade, Medo e Manutenção ineficaz da saúde.

Os achados desta categoria temática são reforçados pela obra que elencou os principais DE em gestantes e puérperas com situações obstétricas de risco de um hospital universitário vinculado a Universidade de São Paulo (USP), tendo como principais diagnósticos: Risco de constipação, Mobilidade no leito prejudicada, Conhecimento deficiente, Risco de maternidade ou paternidade prejudicada, Amamentação ineficaz, Amamentação interrompida, Ansiedade, Integridade tissular prejudicada, Risco para lesão materna e Dor aguda (ARAGAKI *et al.*, 2008).

O estudo 2 consistiu em um estudo descritivo exploratório que objetivou identificar os DE mais frequentes em uma clientela de gestantes internadas em um hospital da rede pública de Cuiabá-MT (REINERS *et al.*, 2009). Os dados foram coletados usando um instrumento baseado no referencial dos Padrões da saúde de Gordon. Os autores afirmam que para inferir os DE, utilizou-se o Modelo de raciocínio hipotético-dedutivo de Gordon, e que utilizaram a Taxonomia NANDA-I e Carpenito para compor os diagnósticos.

O raciocínio diagnóstico é um processo que possibilita a um observador atribuir um significado e classificar um fenômeno em situação clínica, mediante a interação entre a observação e o pensamento crítico (CARVALHO; JESUS, 1997). Os DE que prevaleceram em 50% ou mais da amostra foram: Conhecimento deficiente (8; 80%), Manutenção ineficaz da saúde (5; 50%) e Controle ineficaz do regime terapêutico (5; 50%).

O DE Conhecimento deficiente, o qual já foi descrito na análise do estudo 7, apresentou como CD a expressão verbal do problema e como FR a falta de acesso a informações suficientes. Este achado foi reforçado pela investigação que validou o conteúdo das CD do DE Conhecimento deficiente em relação à doença coronariana, da qual participaram 50 enfermeiros experts. Nesta pesquisa, foram identificadas como CD principais deste diagnóstico: Verbalização do problema; Desempenho inadequado em teste; e Expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde (GALDEANO; ROSSI; PELEGRINO, 2008).

O DE Manutenção ineficaz da saúde foi aprovado em 1982, sendo inserido no Domínio 1: Promoção da saúde e na Classe 2: Controle da saúde, não tendo sido ainda revisado (NANDA-I, 2013). É definido como a “incapacidade de identificar, controlar e/ou buscar ajuda para manter a saúde” (NANDA-I, 2013, p.220).

No estudo 2, esse DE teve como CD o relato de ausência de comportamento de busca de saúde e como FR vergonha e percepção equivocada sobre cuidado com a saúde, falta de tempo e de vontade.

Quando se identifica o diagnóstico de Manutenção ineficaz da saúde, a responsabilidade dos serviços e profissionais tende a aumentar, visto que precisarão contribuir para que esta gestante ou seus familiares passem a participar do seu processo saúde-doença, desenvolvendo atividades para promoção de sua saúde.

Dentre as principais ações a serem desenvolvidas mediante esse diagnóstico têm-se: identificar o que está causando ou contribuindo para este diagnóstico; ajudar o cliente ou cuidador a manter e controlar as práticas de saúde desejadas; e promover o bem-estar (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2012).

Essas ações apontam para a necessidade de se promover acompanhamento e cuidado adequado destas gestantes e refletir sobre a qualidade da assistência oferecida durante o período gestacional. Porém, estudo transversal realizado no Rio de Janeiro para avaliar o acompanhamento de gestantes hipertensas identificou que apenas 27% das gestantes tiveram um manejo da hipertensão arterial de forma adequada, com pior desempenho do profissional. Tal estudo ainda ressaltou que as gestantes com antecedentes de natimortalidade ou neomortalidade e aquelas com mais de 35 anos foram melhores assistidas (VETTORE *et al.*, 2011).

O diagnóstico Controle ineficaz do regime terapêutico foi revisado na versão da taxonomia II da NANDA-I, versão 2009-2011, passando a ser enunciado como Autocontrole ineficaz da saúde. Foi aprovado em 1994, revisado em 2008, estando inserido no Domínio 1: Promoção da saúde e Classe 2: Controle da saúde (NANDA-I, 2013). Sendo definido como “padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas seqüelas que é insatisfatório para alcançar as metas específicas de saúde” (NANDA-I, 2013, p.209).

Ainda, no estudo 2, este diagnóstico apresentou a seguinte CD: verbalização de que não agiu para incluir parte dos itens do tratamento. Os FR elencados foram: dificuldades percebidas, ansiedade, falta de tempo pela quantidade excessiva de tarefas domésticas e barreira para compreensão secundária à motivação.

Estudo realizado para avaliar os FR do DE Autocontrole ineficaz da saúde em usuários de 12 Centros de Saúde da Família de Fortaleza-Ceará, portadores de Diabetes mellitus tipo 2, constatou que os homens tinham um sentimento de impotência frente ao tratamento; que as mulheres conseguiram perceber melhor os benefícios da tomada correta dos medicamentos; e constatou ainda que fatores socioeconômicos e déficit de apoio emocional foram fatores relacionados predominantes e significativos entre homens (FREITAS *et al.*, 2011).

Outros diagnósticos foram identificados neste mesmo estudo: Ansiedade 4 (40%), Padrão de sono perturbado 4 (40%), Imagem corporal perturbada 4 (40%), Padrão de sexualidade alterado 4 (40%) e 4 (40%) Volume excessivo de líquidos 4 (40%).

O estudo 2 apontou para necessidade de incrementar a prática de educação em saúde direcionada às gestantes e, ainda, destacaram como desafio a atuação competente do enfermeiro nos programas de pré-natal para identificação de problemas reais e potenciais da gestante e manejo adequado das diversas situações existentes.

O estudo 4 consistiu em estudo descritivo, do tipo estudo de caso, realizado com três gestantes admitidas com DHEG, em uma unidade de internação para gestantes de alto risco de uma instituição pública de Fortaleza-CE (SANTOS *et al.*, 2007). Diferentemente do estudo anterior, os autores não descreveram a inferência dos DE e não utilizaram modelo de raciocínio diagnóstico. Utilizaram a taxonomia NANDA-I para compor os diagnósticos.

Os DE presentes nas três gestantes investigadas, no estudo 4, foram: Constipação, Volume excessivo de líquidos, Mobilidade física prejudicada, Manutenção ineficaz da saúde, Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, Risco para infecção, Ansiedade, Dor aguda, Fadiga, Intolerância a atividade, Déficit no autocuidado para banho/higiene e Medo.



O DE Constipação foi aprovado na NANDA-I em 1975 e revisado em 1998, estando inserido no Domínio 3: Eliminação e troca e Classe 2: Função gastrointestinal (NANDA-I, 2013). Sendo definido como “diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas” (NANDA-I, 2013, p. 259).

No estudo 4, este diagnóstico teve como FR a gravidez e a ingestão insuficiente de fibras e líquidos. A constipação é um problema digestivo muito comum, sendo bastante frequente no período gestacional, acometendo cerca de uma em quatro gestantes (KAVAGUTI *et al.*, 2008). Na gravidez, além de fatores associados à dieta, como baixa ingestão de fibras e água, outros fatores contribuem para a piora deste sintoma, como suplementação de ferro, diminuição da atividade física, motilidade reduzida do cólon e efeitos hormonais sobre a motilidade gastrointestinal (SAFFIOTI *et al.*, 2011).

O diagnóstico Volume excessivo de líquidos, descrito na análise do estudo 3, apresentou como FR o mecanismo regulador comprometido. Na gravidez associada à hipertensão, existe comprometimento de mecanismos reguladores, os quais atuam prontamente em uma gravidez normal; por exemplo, na gestante hipertensa, o tecido trofoblástico da placenta deixa de migrar para as artérias espirais do útero materno, por isto elas não se alargam, o que diminui a perfusão placentária; esta hipóxia desencadeia uma série de reações endoteliais que levam à liberação de vasoconstritores (GILBERT; HARMON, 2002).

O DE Mobilidade física prejudicada foi aprovado em 1973 e revisado em 1998, pertencendo ao Domínio 4: Atividade/repouso e a Classe 2: Atividade/exercício (NANDA-I, 2013). Sendo definido como “limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades” (NANDA-I, 2013, p. 283).

Nesse estudo, este DE teve como FR a intolerância à atividade e restrições de movimentos prescritos. O repouso no leito é o tratamento mais comumente prescrito em pacientes com hipertensão e gravidez. Porém, o repouso absoluto não deve ser prescrito de rotina, exceto em situações extremas, e sim repouso relativo com redução de atividades físicas e laborais (DI MARCO *et al.*, 2011).

Isso reforça a necessidade de avaliação rigorosa dessa gestante, de modo a se prescrever repouso mediante a real necessidade da gestante, bem como realizar a orientação adequadamente, o que aumenta a responsabilidade do profissional de saúde que está acompanhando essa gestante.

Um tipo específico de repouso, nos casos de gestantes hipertensas, é o repouso em decúbito lateral esquerdo, sendo um recurso valioso que visa melhorar o fluxo sanguíneo renal e o fluxo útero placentário, uma vez que possibilita a descompressão da veia cava inferior, o que melhora o retorno venoso (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011).

O DE Manutenção ineficaz da saúde, descrito na análise do estudo 2, foi relacionado ao prejuízo cognitivo e à falta de recursos materiais, observa-se que esses FR para o DE também se constituem como fator de risco para própria patologia.

Essa reflexão foi reforçada por estudo transversal realizado com 40 gestantes de maternidade de referência do Estado do Ceará, no qual se encontraram como principais fatores de risco para desenvolvimento de pré-eclâmpsia na gravidez, a primiparidade, gestação nos extremos da idade reprodutiva, obesidade, baixa escolaridade, baixa renda familiar, antecedente familiar e pessoal de hipertensão crônica, e dieta hipercalórica, hiperprotéica e hipersódica (MOURA *et al.*, 2010).

O DE Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais foi aprovado em 1975 e revisado em 2000, pertencendo ao Domínio 2: Nutrição e a Classe 1: Ingestão (NANDA-I, 2013). Definido como “ingestão de nutrientes que excede as necessidades metabólicas” (NANDA-I, 2013, p. 231).

No estudo 4, este diagnóstico teve como FR a ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas. Este achado foi reforçado por estudo que investigou a ocorrência de DE em 40 puérperas, no qual se identificou que a nutrição na gestação é bastante associada à questão cultural, nesse estudo, por exemplo, uma gestante, sob orientação da mãe, comia excessivamente canjica para aumentar a produção do leite (VIEIRA *et al.*, 2010).

O diagnóstico Risco de infecção, descrito na análise do estudo 7, foi relacionado a procedimentos invasivos. Este fator de risco torna-se esperado em uma gestante hospitalizada com complicações relativas à hipertensão, pois muitas vezes a mesma é

submetida a procedimentos invasivos, como a punção venosa para administração de medicamentos; instalação de sonda vesical de demora para medir diurese e assim proceder ao controle do balanço hídrico; por isso o risco de infecção ser algo presente neste tipo de adoecimento.

O DE Ansiedade foi aprovado em 1973 e revisado em 1982 e 1998, sendo inserido no Domínio 9: Enfrentamento/tolerância ao estresse e Classe 2: Respostas de enfrentamento (NANDA-I, 2013). Definido como:

vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça (NANDA-I, 2013, p.404).

No estudo 4, as CD presentes para o DE Ansiedade foram agitação, inquietação, irritabilidade e angústia e os FR foram ameaça de mudança no status de papel a ameaça ou mudança no estado de saúde. O DE Ansiedade encontrado neste estudo pode se tornar esperado em uma gestação associada a adoecimentos. Tal concepção foi reforçada pelo estudo retrospectivo realizado em 28 prontuários da UTI materna de maternidade de referência terciária do Estado do Ceará, no qual se identificou que todas as mulheres apresentaram o diagnóstico Ansiedade. O estudo também concluiu que a UTI representa um local estressante para as mulheres, que acabam vivenciando o medo da morte, o que corrobora para a ocorrência de ansiedade (OLIVEIRA; FREITAS, 2009).

Estudo que investigou aspectos da saúde mental de 59 gestantes norte-americanas apontou para a alta incidência de depressão, ansiedade e estresse durante a gravidez. Distúrbios estes que muitas vezes não são facilmente diagnosticados ou corretamente conduzidos, pois estas ações implicam a contínua aplicação de um cuidado de enfermagem bem estruturado e um diálogo aberto entre gestante, seus familiares e os profissionais que os assistem (PARCELLS, 2010).

No estudo 4, o diagnóstico Dor aguda, descrito na análise do estudo 7, foi relacionada ao agente lesivo biológico, sendo que não foi descrito qual agente. Já a Fadiga enquanto DE, descrito na análise do estudo 3, foi relacionada ao estado de doença e anemia. A anemia, em especial a ferropriva, é uma das afecções mais comuns na gestação, sendo que a

gestante acometida pode ter um desfecho negativo frente a situações como hemorragia (FESCINA *et al.*, 2010).

Estudo transversal de caráter exploratório e descritivo realizado com 66 gestantes acompanhadas por enfermeiros na unidade de saúde da família corrobora os achados do estudo 3, uma vez que investigou o DE Fadiga em gestantes e identificou que o fator relacionado anemia teve associação estatisticamente significativa com este diagnóstico, de modo que a razão de chances mostrou que gestante com anemia tem 47% mais chances de desenvolverem fadiga (ALVES *et al.*, 2006).

O DE Intolerância à atividade, descrito na análise do estudo 7, teve como FR o desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio. Esse diagnóstico foi encontrado com prevalência importante em estudo realizado com 17 pacientes internados para realizar cirurgia cardíaca, no qual se encontrou o DE intolerância a atividade em 88,2% dos pacientes no pré-operatório, e o mesmo foi associado ao desconforto respiratório, fadiga e palpitação que a atividade acarreta (GALDEANO *et al.*, 2006).

O DE Déficit no autocuidado para banho/higiene, descrito no estudo 7, teve como FR a fraqueza e o cansaço, o que guarda relação com o DE Fadiga encontrado nesta população, o qual, por sua vez, foi relacionado com a anemia e o estado de doença. Estes achados levam a refletir que os DE estão interligados, bem como suas CD e FR, de modo que não é prudente ver um diagnóstico isoladamente.

O DE Medo foi aprovado pela NANDA-I em 1980 e revisado em 1996 e 2000, pertencendo ao Domínio 9: Enfrentamento/tolerância ao estresse e Classe 2: Respostas de enfrentamento (NANDA-I, 2013). Sendo definido como “resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo” (NANDA-I, 2013, p.427).

Nesse estudo, o DE Medo foi relacionado com a separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante (hospitalização e procedimentos hospitalares), o que está de acordo com a definição do diagnóstico citada.

Os DE que tiveram prevalência significativa e que se repetiram nos estudos 2 e 4 foram a Manutenção ineficaz da saúde, Ansiedade e Volume excessivo de líquidos. Este dado

é confirmado por obra importante na área da obstetrícia, na qual citou que estes diagnósticos são comumente identificados em gestantes com hipertensão (ORSHAN, 2010).

O estudo 4 concluiu que a operacionalização do PE, com a identificação do DE, possibilita a elaboração do plano de cuidados, apresenta contribuição relevante para a prática profissional do enfermeiro e o atendimento integralizado às necessidades da cliente e da família. Revelaram, ainda, a importância da consulta de enfermagem para o planejamento dos cuidados de enfermagem às gestantes com DHEG (SANTOS *et al.*, 2007).

O estudo 10 consistiu em um estudo descritivo exploratório e transversal que objetivou identificar os DE e os problemas colaborativos de 71 gestantes de risco internadas em um hospital de São Paulo (GOUVEIA; LOPES, 2004). Os dados foram coletados a partir de um ICD, o qual foi avaliado por uma enfermeira obstetra, especialista em DE, e depois aplicado a 10 clientes. Os dados foram inferidos por três especialistas em enfermagem obstétrica, dos quais dois tinham mais de 10 anos de experiência no uso dos DE da NANDA-I e a entrevistadora, e para incluir os diagnósticos, precisava-se de consenso entre os avaliadores.

Em relação ao diagnóstico médico que desencadeou o internamento das gestantes do estudo 10, foram citados 20 diagnósticos, sendo que os mais frequentes e que foram aprofundados pelos autores foram: Trabalho de Parto Prematuro- TPP com 29 gestantes (40,8%); a DHEG/hipertensão com 15 gestantes (21,2%); a Aminiorexe prematura com nove (12,7%) gestantes e a Infecção do Trato Urinário-ITU e Pielonefrife com e sete (9,8%) gestantes.

Assim como no estudo 4, os autores não utilizaram Modelo de raciocínio diagnóstico para inferir os DE, do mesmo modo que os estudos 2 e 4 adotaram a NANDA-I como taxonomia.

No estudo 10, os autores identificaram 29 DE comuns a todas as gestantes, os quais variaram em relação suas frequências absolutas e relativas. Para discussão, consideraram-se os que tiveram frequência a partir de 50% da amostra (critério de análise adotado no artigo), os quais foram: Risco para infecção, com 64 gestantes (90,1%); Manutenção da saúde alterada, 60 gestantes (84,5%); Conforto alterado, presente em 57 gestantes (80,3%); Risco para amamentação ineficaz, em 42 gestantes (59,2%); Padrões de

sexualidade alterados, em 37 gestantes (52,1%); Medo, identificado em 37 mulheres (52,1%); e Dor, em 36 gestantes (50,7%). Percebe-se que uma gestante pode ter apresentado mais de um diagnóstico.

O artigo também relacionou os 29 DE de acordo com os quatro diagnóstico médicos mais frequentes que foram citados antes. Para análise, consideraram-se também os que estiveram presentes em metade ou mais da amostra.

Nas gestantes com TPP (29 gestantes), os DE mais frequentes foram: 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%), Padrões de sexualidade alterados (19; 65,5%), Medo (17; 58,6%) e Dor (20; 69,0%). Nas pacientes com DHEG (15 gestantes), os mais frequentes foram: Risco para infecção (13; 86,6%), Manutenção da saúde alterada (13; 86,6%), Conforto alterado (12; 80,0%) e Nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais (12; 80,0%).

Nas gestantes com Aminiorrexe prematura (nove pacientes), os mais comuns foram: Risco para infecção (9; 100,0%), Manutenção da saúde alterada (8; 88,9%), Conforto alterado (7; 77,8%), Risco para amamentação ineficaz (7; 77,8%), Medo (8; 88,9%), Dor (5; 55,6%) e Distúrbio no padrão de sono (6; 66,7%).

Nas gestantes com ITU/Pielonefrite (sete, no total), os mais frequentes foram: Risco para infecção (5; 71,4%), Manutenção da saúde alterada (7; 100,0%), Conforto alterado (6; 85,7%) e Eliminação urinária alterada (5; 71,4%).

Os DE Risco para infecção, Manutenção da saúde alterada e o Conforto alterado foram importantes quanto à prevalência nas quatro patologias mais frequentes do estudo 10. Vale ressaltar que o DE Manutenção da saúde alterada era presente na taxonomia I da NANDA-I e passou a ser enunciado como Manutenção ineficaz da saúde na taxonomia II.

Dentre os diagnósticos elencados no estudo 10, os que foram mais frequentes em pelo menos dois grupos de patologias supracitados foram os DE Risco para amamentação ineficaz, Medo e Dor, os quais tiveram prevalência importante nas gestantes com TPP e nas pacientes com Amniorrexe prematura.

O diagnóstico Risco para amamentação ineficaz, cujo enunciado na taxonomia NANDA-I é Amamentação ineficaz, foi aprovado em 1988 e revisado em 2010, pertencendo ao Domínio 7: Relações e papéis e a Classe 1: Papéis do cuidador (NANDA-I, 2013). Sendo definido como “insatisfação ou dificuldade que mãe, lactente ou criança experimenta com o processo de amamentação” (NANDA-I, 2013, p.357).

Estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado com 40 puérperas acompanhadas pelas Equipes de Saúde da Família de Goiânia, identificou que 30 delas (75,0 %) tinham o diagnóstico Risco para amamentação ineficaz, o qual apresentou como FR o déficit de conhecimento sobre amamentação e fatores culturais, que acarretaram comportamentos inapropriados, como oferecer chupeta à criança, chá para tratar cólica e uso da mamadeira (VIEIRA *et al.*, 2010).

Revisão integrativa sobre as orientações relativas ao aleitamento materno (AM) durante o pré-natal confirmou a importância da orientação sobre amamentação nessa assistência para elevação dos índices de AM. Tal revisão destacou também a menção pouco frequente do enfermeiro nos artigos revisados, o que preocupa, visto o importante papel que este profissional tem durante a assistência pré-natal, tanto na execução de atividades assistências de cuidado como na educação em saúde (DEMITTO *et al.*, 2010).

O DE Medo, descrito no estudo 4, é algo justificável em uma situação de adoecimento, em especial na gestação de alto risco ou em uma situação de parto, visto que as crenças culturais do parto podem influenciar a mulher a vivenciá-lo como momento estressante, o que pode ser traduzido em forma de medo, ansiedade, ou comportamentos defensivos ou inadequados (SUMITA; ABRÃO; MARIN, 2005).

O estudo 10 não especifica o tipo de dor, se aguda ou crônica, mas vale ressaltar que a dor durante o trabalho de parto é aguda, sendo que as respostas de cada parturiente são específicas, pois a dor é uma experiência subjetiva e desta forma deve ser vista e avaliada de forma individualizada. De modo que, para se avaliar a intensidade da dor, devem ser consideradas as questões biológicas, como as contrações uterinas, as questões sociopsicocomportamentais, visto que a dor pode ser influenciada por vários fatores (SUMITA; ABRÃO; MARIN, 2005).

Comparando os DE mais frequentes nas 15 gestantes com DHEG do estudo 10 com as gestantes hipertensas dos estudos 2 e 4, os diagnósticos que tem prevalência importante e se repete nos três estudos é a Manutenção ineficaz de saúde.

E ao comparar os DE mais comuns no estudo 10, independentemente da doença, com os diagnósticos mais frequentes dos estudos 2 e 4, o DE prevalente que se repete em todos também é a Manutenção ineficaz da saúde.

Dentre as principais intervenções da NIC para o DE manutenção ineficaz da saúde, tem-se: grupos de apoio, melhora do sistema de apoio, promoção do envolvimento familiar, apoio à tomada de decisão, facilitação da autorresponsabilidade, assistência na automodificação e educação para saúde (JOHNSON, 2009).

Observa-se que nos estudos 2, 4 e 10, os DE tenderam a aparecer com prevalência significativa de forma isolada em cada estudo separadamente, o que reforça a necessidade cada vez mais da individualização do Processo de Enfermagem, considerando a população que está sendo assistida, bem como os tipos de doenças associadas à gestação.

O estudo 1 foi definido como pesquisa descritiva, quantitativa de corte transversal que objetivou identificar DE em 31 gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra, no hospital da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (FREITAS *et al.*, 2010).

Assim como nos estudos 4 e 10, os autores não utilizaram Modelo de raciocínio diagnóstico para inferir os DE, do mesmo modo que os estudos 2, 4 e 10 utilizaram a NANDA-I como taxonomia.

As alterações fisiológicas do organismo materno podem mudar o curso das DST, bem como facilitar complicações obstétricas e neonatais. Acredita-se que a atenção e a conscientização das mulheres e seus parceiros por parte dos profissionais de saúde, principalmente no tocante ao diagnóstico e tratamento, deve ser a mais precoce possível, de modo a preservar a integridade física da gestante e do conceito, afastando-o de riscos e complicações (COSTA *et al.*, 2010).

No estudo 1, foram identificados 11 DE, dos quais, seis reais e cinco potenciais. Os mesmos estão descritos no Quadro sinóptico 5, do Apêndice C que sintetiza o estudo.



Nesse estudo, os autores não descreveram as frequências com que os diagnósticos ocorreram na amostra, assim, optou-se por discutir os DE reais, pelo fato de já estarem presentes durante a investigação. Os DE reais encontrados foram: Dor aguda, Manutenção ineficaz da saúde, Conhecimento deficiente, Comportamento de saúde propenso a risco, Integridade tissular prejudicada e Eliminação urinária prejudicada.

O DE Dor aguda, descrito na análise do estudo 7, o que pode ser explicado pelo fato das infecções vaginais na gestação evoluírem com leucorreia, vulvite, prurido, disúria e dispareunia (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011).

O DE Manutenção ineficaz da saúde, descrito na análise do estudo 2, trata da incapacidade que o indivíduo tem em identificar, controlar ou buscar ajuda para manter sua saúde (NANDA-I, 2013). Isso implica na necessidade de profissionais da saúde estarem alerta para a ocorrência deste diagnóstico, de modo a auxiliarem as pessoas a tomarem posicionamento positivo nessa busca pela saúde.

Revisão integrativa que investigou a contribuição do cuidado de enfermagem para a participação da mulher nas decisões pertinentes ao ciclo gravídico-puerperal, identificou e destacou a relação existente entre a autonomia do enfermeiro e a possibilidade de envolvimento e participação das mulheres durante esse período, ou seja, que a capacidade do enfermeiro de ser autônomo está diretamente ligada ao alcance da cidadania da mulher, o que reforça a importância que o enfermeiro pode ter no processo de promoção da saúde desta população (BUSANELLO *et al.*, 2011).

O De Comportamento de saúde propenso a risco foi aprovado na NANDA-I em 1986, tendo sido revisado em 1998, 2006 e 2008, pertencendo ao Domínio 1: Promoção da saúde e Classe 2: Controle da saúde (NANDA-I, 2013). É definido como “incapacidade de modificar estilo de vida/comportamentos de forma compatível com mudanças do estado de saúde” (NANDA-I, 2013, p. 215).

Dentre as principais intervenções para este importante diagnóstico, tem-se: Avaliar o grau de disfunção; identificar os fatores contribuintes/causadores relacionados com a mudança no comportamento saudável; ajudar o cliente a lidar com sua limitação; e promover bem-estar, contemplando o ensino e a orientação (DOENGES; MOORHOUSE; MUUR, 2012).

O DE Integridade tissular prejudicada, aprovado em 1986 e revisado em 1998, pertence ao Domínio 11: segurança/proteção e classe 2: Lesão física (NANDA-I, 2013). Sendo definido como “dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos” (NANDA-I, 2013, p.496).

O DE Eliminação urinária prejudicada foi aprovado em 1973 e revisado em 2006, sendo diagnóstico do Domínio 3: Eliminação e troca e Classe 1: Função urinária (NANDA-I, 2013). Sendo definido como “disfunção da eliminação de urina” (NANDA-I, 2013, p.250).

Estudo realizado em 34 gestantes do Paraná identificou infecção urinária positiva em 19 delas (56%), sendo a *Escherichia coli* o micro-organismo causador da infecção em 63,1% da amostra (PAGNONCELI; ABEGG; COLACITE, 2010). O fato da *E. coli* ser um micro-organismo colonizador do intestino, muitas vezes a colonização da urina ocorre por hábitos inadequados de higiene, o que reforça a necessidade de reforçar orientações a essas mulheres durante a assistência pré-natal.

Comparando os diagnósticos reais do estudo 1 com os DE encontrados nas gestantes com ITU/pielonefrite do estudo 10, analisado anteriormente, por também se tratar de um processo infeccioso, os diagnósticos Manutenção ineficaz da saúde e Eliminação urinária prejudicada se repetiram em ambos os artigos

Os autores do estudo 1 afirmaram que a maior dificuldade do estudo foi o pequeno número de publicações sobre DE na área da saúde da mulher e que por isto mais pesquisas devem ser realizadas. Concluíram que o diagnóstico adequado das vulvovaginites e a identificação dos DE nesta população são fundamentais para nortear as condutas do enfermeiro no pré-natal. (FREITAS *et al.*, 2010).

No estudo 11, os autores não descrevem o tipo de estudo, mas avaliando a metodologia empregada, o mesmo assemelha-se aos estudos de delineamento transversal e com caráter descritivo, analisados anteriormente nesta revisão. Nesse estudo, foram investigadas 25 gestantes portadoras de HIV assistidas no núcleo Multidisciplinar de Patologias Infecciosas na Gestação (NUPAIG), da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, e os dados foram coletados com um ICD baseado na Taxonomia NANDA-I (VAZ; BARROS, 2002).

Assim como no estudo 1, 4 e 10, os autores não utilizaram Modelo de raciocínio diagnóstico para inferir os DE, do mesmo modo que os estudos 1, 2, 4 e 10 utilizaram a NANDA como taxonomia para compor os diagnósticos.

No estudo 11, os autores identificaram 30 diagnósticos, dos quais 11 foram mais frequentes segundo os autores, a saber: Risco para infecção, Risco para lesão fetal, Risco para transmitir infecção, Nutrição alterada: menor que as necessidades corporais, Integridade tissular prejudicada, Controle ineficaz do regime terapêutico, Comportamento para elevar o nível de saúde, Disfunção sexual, Manutenção do lar prejudicada, Medo, Déficit de conhecimento.

O DE Risco para infecção, cujo enunciado é Risco de infecção, descrito na análise do estudo 7; o diagnóstico Risco de lesão fetal, cujo enunciado é Risco de lesão, descrito no estudo 9; o DE Risco para transmitir infecção não compõe a taxonomia NANDA-I.

O DE Risco de infecção pode ser justificado em gestantes infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), uma vez que este micro-organismo ataca o sistema imunológico, em especial os linfócitos T CD4+, alterando o DNA dessa célula, fazendo cópias de si. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção, o que diminui a imunidade, predispondo a outras infecções oportunistas (BRASIL, 2012g).

Outro DE que pode ser facilmente justificado é o Risco de lesão fetal, visto que uma gestante infectada com HIV pode transmitir o vírus ao seu conceito, o que se configura na transmissão vertical. A maior parte da transmissão vertical ocorre durante o trabalho de parto (aproximadamente 65%), e os outros 35% ocorrem intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação, havendo ainda o risco adicional por meio do aleitamento materno (BRASIL, 2010a).

O diagnóstico Nutrição alterada: menor do que as necessidades corporais, cujo enunciado atual é Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, foi aprovado em 1975 e revisado em 2000, pertencendo ao Domínio 2: nutrição e a Classe 1: Ingestão (NANDA-I, 2013). Definido como “ingestão insuficiente para satisfazer às necessidades metabólicas” (NANDA-I, 2013, p.233).

Um dos sintomas comuns da infecção pelo HIV é a anorexia e a consequente perda de peso, o que se relaciona muito bem com o DE Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (ORSHAN, 2010).

O DE Integridade tissular prejudicada, descrito no estudo 1, deve ser investigado em gestantes com HIV, visto que são frequentes as manifestações cutâneas nessas pacientes, em especial o aparecimento de erupções na pele ou pele escamosa que não cicatriza (ORSHAN, 2010).

O DE Comportamento para elevar nível de saúde que era presente na Taxonomia I da NANDA foi enunciado na Taxonomia II como Comportamento de busca de saúde, sendo que este foi retirado na versão 2009-2011 desta nomenclatura pela falta de fatores relacionados que o sustentasse (NANDA-I, 2013).

O DE Disfunção sexual, descrito no estudo 1, pode ser identificado em gestantes com HIV, visto que muitas vezes com a patologia vem o sentimento de que estão sendo punidas por alguma vivência negativa da sua sexualidade, como se fosse punição pelo pecado cometido, o que podem prejudicar a sexualidade dessas mulheres (CARVALHO; PICCININI, 2006).

O DE Manutenção do lar prejudicada foi aprovado em 1980, não tendo sido ainda revisado, pertencendo ao Domínio 4: Atividade e repouso e a Classe 5: Autocuidado (NANDA-I, 2013). Definido como “incapacidade de manter, de forma independente, um ambiente imediato seguro e que promova o crescimento” (NANDA-I, p. 316, 2013).

O DE Medo, descrito no estudo 4, também se justifica em um contexto de adoecimento, que apesar de todos os avanços no tratamento, ainda não tem cura. Estudo que investigou os sentimentos de gestantes portadoras de HIV/AIDS mostrou que associada à soropositividade, essas mulheres vivenciavam medos, culpas, além de conflitos internos e interpessoais; o que reforça a necessidade de uma atenção que contemple os aspectos psíquicos e emocionais das pessoas assistidas (CARVALHO; PICCININI, 2006).

A ocorrência do DE Conhecimento deficiente remete à necessidade de cada vez mais o profissional, ou equipe de saúde que assiste esta clientela, realizar atividades educativas a estas gestantes e seus familiares. Deve-se ter atenção para se trabalhar a questão

da educação em saúde, na perspectiva da Promoção da Saúde, pelo aumento da capacidade das pessoas, dos grupos e da comunidade em geral de se proteger e trabalhar pelo enfrentamento coletivo dos problemas sociais que afetam a saúde (BRASIL, 2008).

Os achados do estudo 11 foram reforçados pelo estudo realizado com 60 pacientes adultos portadores de HIV/AIDS internados em hospital universitário de São Paulo (SP) que identificou 38 DE, dos quais, 13 tiveram frequência acima de 80%, e foram descritos no estudo, a saber: Risco de infecção, Proteção ineficaz, Risco integridade da pele prejudicada, Risco de lesão, Padrão de sono perturbado, Intolerância à atividade, Déficit no autocuidado para alimentação, Padrão respiratório ineficaz, Conhecimento deficiente, Comunicação verbal prejudicada, Confusão aguda, Ansiedade e Medo (SILVA *et al.*, 2009).

O estudo 11 concluiu que a SAE e a aplicação do PE permite às enfermeiras desenvolverem programas que fornecem ao indivíduo, à família e comunidade informações para a sua participação ativa no tratamento e na prevenção de complicações. E que são inúmeros os desafios encontrados, pois o assunto evolui rapidamente, sendo necessária atualização constante para assistência de enfermagem e prática profissional (VAZ; BARROS, 2002).

O estudo 12 foi identificado como pesquisa descritiva, do tipo estudo de caso, assim como o estudo 4, realizado com uma gestante diagnosticada com Placenta Prévia (FARIAS; NÓBREGA, 2000). A placenta prévia é uma condição em que o blastocisto implanta-se no segmento uterino inferior, acima ou muito próximo do orifício interno, tendo como principal complicação associadas hemorragia até coagulopatias e rotura uterina (ORSHAN, 2010).

Nesse estudo, os dados foram coletados por entrevista semiestruturada, o estudo seguiu o Referencial teórico de Orem assim como o estudo 7 e 14. Vale destacar que o estudo 12 utilizou Modelo de Raciocínio de Gordon, assim como o estudo 2.

Os autores identificaram 12 DE, a saber: Déficit do volume de líquido, Ansiedade, Processo familiar alterado, Comunicação prejudicada, Risco para integridade da pele prejudicada, Risco para infecção, Mobilidade física prejudicada, Déficit no autocuidado: higiene corporal, Déficit no autocuidado: vestir-se e arrumar-se, Retenção urinária, Dor e Amamentação ineficaz.

O DE Déficit do volume de líquido, cujo enunciado é Volume de líquido deficiente, foi aprovado pela NANDA-I em 1978 e revisado em 1996, pertencendo ao Domínio 2: Nutrição e Classe 5: Hidratação (NANDA-I, 2013). Definido como “diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à desidratação, perda de água apenas, sem mudança no sódio” (NANDA-I, 2013, p.242).

Nesse estudo, teve como FR a diminuição da ingesta de líquidos, tal fator não é descrito na taxonomia, a qual elenca como FR a falha em mecanismos reguladores e a perda ativa de líquidos (NANDA-I, 2013). Este último fator deve ser minuciosamente investigado em uma gestante com placenta prévia, visto essa condição clínica ter repercussões como hemorragias e ruptura de membranas (ZAMPIERI, 2009).

O DE Ansiedade, no estudo 12, teve como FR a mudança no estado de saúde, a mudança no ambiente e os conflitos relacionados à vida profissional. Esses fatores não se assemelham ao FR encontrado no estudo 4, o qual identificou, em gestantes hipertensas, a ameaça de morte como FR para este DE (SANTOS *et al.*, 2007). Isto reforça a questão da individualização do DE, pois em cada população, em cada gestante, os diagnósticos podem se manifestar de formas diversas, com CD e FR específicos.

O diagnóstico Processo familiar alterado não é descrito na taxonomia, mas analisando esta situação do estudo, aproxima-se ao DE Processos familiares interrompidos, descrito no estudo 14.

No estudo 12, este diagnóstico foi relacionado à situação de transição, este fator está contemplado na NANDA-I, como Transição situacional (NANDA-I, 2013). Tal fator foi o mesmo encontrado para este DE, no estudo 14 (TORRES; DAVIM; NÓBREGA, 1999).

O DE Comunicação prejudicada, cujo enunciado é Comunicação verbal prejudicada, foi aprovado em 1983 e revisado em 1996 e 1998, pertencendo ao Domínio 5: Percepção/cognição e classe 5: Comunicação (NANDA-I, 2013). Definido como “habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e/ou usar um sistema de símbolos” (NANDA-I, 2013, p. 335).

No estudo 12, este DE teve como FR o risco de desconforto e dor abdominal. Estes fatores podem ser relacionados aos fatores barreiras físicas e efeitos colaterais relacionados ao tratamento elencados na NANDA-I (2013).

O DE Risco para infecção, cujo enunciado é Risco de infecção, descrito no estudo 7, foi relacionado a procedimentos invasivos. Isto é justificável, pois gestantes hospitalizadas com diagnóstico de placenta prévia são submetidas ao tratamento que é acompanhado por procedimentos invasivos indispensáveis, dentre os quais, podem-se citar: punção de acesso venoso para infusão venosa, coleta de exames para tipagem sanguínea, se necessário, administração de esteróides para facilitar a maturidade fetal, dentre outros procedimentos que irão depender de cada situação (GILBERT; HARMON, 2002).

Quanto ao DE Risco para integridade da pele prejudicada, cujo enunciado é Risco de integridade da pele prejudicada, o mesmo foi aprovado em 1975 e revisado em 1998 e 2010; pertencendo ao Domínio 11: Segurança/proteção e Classe 2: Lesão física NANDA-I, 2013). Definido como “risco de epiderme e/ou derme alteradas” (NANDA-I, 2013, p.495). Nesse estudo, apresentou como Fator de risco a imobilidade física, a umidade e o uso interno de medicamentos. Estes fatores são contemplados na taxonomia NANDA-I.

O DE Mobilidade física prejudicada, descrito no estudo 4, teve como FR o processo cirúrgico. Esta situação se justifica, pois a cesárea é quase obrigatória para interrupção da gravidez em gestantes com placenta prévia (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011).

Em situações cuja opção é a conduta expectante, geralmente prescreve-se o repouso absoluto durante 72 horas, na tentativa de usar o feto como tampão e, posteriormente, repouso relativo no leito; o que reforça o aparecimento do DE Mobilidade física prejudicada nesta situação (GILBERT; HARMON, 2002).

O DE Déficit no autocuidado: higiene corporal e o DE Déficit no autocuidado: vestir-se e arrumar-se foram relacionados à dor ou desconforto e a força e resistência diminuídas.

Quanto a Retenção urinária, este DE foi aprovado em 1986, não tendo sido ainda revisado. Pertencendo ao Domínio 3: Eliminação e troca e a classe 1: Função urinária

(NANDA-I, 2013); definido como o “esvaziamento vesical incompleto” (NANDA-I, 2013, p.258). No estudo 12, este DE foi relacionada à diminuição do arco reflexo e contração do esfíncter, os quais são contemplados na taxonomia.

O DE Dor aguda foi relacionado ao trauma cirúrgico e ao acúmulo de gases no abdome. E, por fim, a Amamentação ineficaz esteve relacionada ao déficit de conhecimento. Porém, permanece contraditório este diagnóstico, uma vez que o estudo 12 se tratou de uma gestante. Os autores concluíram que é importante se operacionalizar o PE tendo por base um modelo assistência (FARIAS; NÓBREGA, 2000).

No estudo 13, não é descrito o tipo de estudo, mas pela leitura e avaliação da metodologia e execução, tratou-se de um estudo descritivo dos autores. O mesmo foi realizado com 52 gestantes que tinham valores de hemoglobina iguais ou inferiores a 11,0 g/dl, ou seja, com anemia ferropriva, do serviço pré-natal de uma maternidade conveniada a Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP (BARROS; COSTA, 1999).

Assim como nos estudos 1, 4, 10 e 11, os autores não utilizaram Modelo de raciocínio diagnóstico para inferir os DE, do mesmo modo que os estudos 1, 2, 4, 10 e 11 utilizaram a NANDA-I como taxonomia para compor os diagnósticos.

A prevalência da anemia ferropriva, ainda, permanece elevada nas regiões Norte Nordeste e Centro-Oeste, em especial as duas primeiras, por apresentarem as populações com piores condições de vida em especial (FUJIMORI *et al.*, 2011). Por isso, a necessidade de, associada a políticas sociais, desenvolver acompanhamento adequado das gestantes assistidas no pré-natal. De modo que a anemia, associada como algo esperado na gravidez, não se torne algo grave e que possa comprometer o bem-estar da mãe e concepto.

No estudo 13, foram identificados como DE mais frequentes: a Nutrição alterada: ingesta menor que as necessidades corporais, a Nutrição alterada: ingesta maior que as necessidades corporais, o Risco para infecção, a Manutenção do lar prejudicada, o Déficit de conhecimento, o Risco para lesão fetal e o Risco para não comprometimento.

O DE Nutrição alterada: ingesta menor que as necessidades corporais teve como FR a verbalização de falta de alimentos; o DE Nutrição alterada: ingesta maior que as necessidades corporais teve como FR a falta de conhecimento nutricional básico; o



diagnóstico Risco para infecção teve como FR a defesa secundária insuficiente pela diminuição da hemoglobina; o DE Manutenção do lar prejudicada foi relacionado a falta de recursos financeiros suficientes; o DE Déficit de conhecimento sobre a alimentação adequada durante a gestação não foi descrito os FR; o DE Risco para lesão fetal foi relacionado a diminuição da perfusão uteroplacentária; e o diagnóstico Risco para não comprometimento foi relacionado a dieta alimentar recomendada para o tratamento (BARROS; COSTA, 1999).

Esses diagnósticos podem estar associados à própria fisiopatologia da anemia ferropriva, a qual pode ter como repercussões importantes no organismo materno a fadiga, diminuição da resistência para o trabalho e atividades diárias, déficits cognitivos, alterações de humor, função imunológica reduzida, trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer (ORSHAN, 2010).

Em obra que trata do Processo de enfermagem em gestantes, os DE mais pertinentes em grávidas com anemia ferropriva foram: Perfusão tissular alterada, Intolerância à atividade e Conhecimento deficiente (CARVALHO, 2010).

No estudo 13, os autores concluíram que a enfermeira obstetra, como membro atuante no pré-natal, deve contribuir efetivamente para prevenção e tratamento da anemia na gestação, de modo a diminuir a mortalidade materna e perinatal associada a esta patologia (BARROS; COSTA, 1999).

Como visto, a doença associada à gestação mais prevalente nos estudos desta categoria foi a Síndrome Hipertensiva da Gestação-SHG, que trata de doença multissistêmica que se manifesta em torno da 20ª semana de gestação, sendo caracterizada por manifestações clínicas associadas e peculiares como a hipertensão ( $PA \geq 140/90$ mmHg) e/ou a proteinúria ( $>300$ mg/24h) (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

A elevação da pressão arterial ocorrida na gestação se caracteriza por disfunção placentária e uma resposta materna inflamatória, levando à inflamação sistêmica com ativação do endotélio dos vasos e da coagulação (NORTH, 2009). Esse processo inflamatório dos vasos ocasiona espasmo arteriolar que diminui o fluxo sanguíneo para os órgãos e eleva a pressão arterial; estas alterações se manifestam também na placenta, o que culmina em diminuição da circulação placentária (ORSHAN, 2010).

Essa síndrome poderá ocasionar diversas complicações como depressão das funções de órgãos nobres como rins, fígado, cérebro e também da função placentária, favorecendo as complicações maternas e até a morte (ORSHAN, 2010). Aumenta a ocorrência de complicações perinatais, como baixo peso, APGAR baixo no 1º e 5º minutos, infecção neonatal, Síndrome de Aspiração do Mecônio (SAM) e Síndrome de Angústia Respiratória –SAR (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Percebe-se que a SHG pode acarretar sérias complicações para o binômio mãe e filho, e é mediante essa complexidade que se demandam cuidados de enfermagem, dentre os quais: monitorização de sinais vitais, controle de balanço hídrico, administração de fármacos, avaliação da vitalidade fetal, coleta de exames laboratoriais. Nas formas graves, a paciente permanece restrita ao leito necessitando da equipe de enfermagem para banho no leito, higiene íntima, alimentação. Ainda, existem as questões sociais, psicológicas que por vezes requer intervenção.

### ***5.1.3 Diagnósticos de enfermagem específicos e a gestação***

Os estudos que compuseram as duas categorias anteriores consistiram em pesquisas que, de modo geral, objetivaram traçar os Diagnósticos de Enfermagem mais presentes em gestantes. Os dois estudos desta terceira categoria, estudos 5 e 6, investigaram como alguns diagnósticos de enfermagem se manifestaram na gestação.

O estudo 5 objetivou analisar o diagnóstico de enfermagem Fadiga, apresentado por 66 gestantes acompanhadas em uma Unidade Básica de atenção à saúde da família dos autores (ALVES *et al.*, 2006). Os dados foram coletados a partir de um roteiro de entrevista desenvolvido com base na Taxonomia II da NANDA-I.

Nesse estudo, 72,7% das gestantes tinham o DE Fadiga, o qual teve como CD mais frequente o Aumento das queixas físicas 52 (78,8%), a Sonolência 44 (66,7%), o Cansaço 43 (65,2%), a Falta de energia 37 (56,1%) e a Incapacidade de restaurar as energias após o sono 36(54,5%). Destacou-se que as CD não apresentavam associação estatística entre si nem com o DE Fadiga ( $p>0,05$ ). E teve como FR mais citado: a Temperatura ambiente 39

(59,1%), o Estilo de vida enfadonho 36 (54,5%), Ansiedade 30 (45,5%) e a Anemia 27(40,9%). Os fatores relacionados mais citados não apresentam significância estatística.

O fator relacionado Anemia e o DE Fadiga tiveram associação estatisticamente significativa: a razão de chances mostrou que gestante com anemia tem 47% mais chances de desenvolverem fadiga. Isto é esperado, pois os principais sinais e sintomas da anemia ferropriva são: fraqueza, tontura, mucosas oculares e orais hipocoradas e fadiga, o que implica na necessidade de uma gestante com anemia ser investigada pelo enfermeiro quanto à presença do DE Fadiga (ZAMPIERI, 2009).

A associação entre DE Fadiga e Privação do sono apresentou significância estatística ( $p=0,014$ ), significando que a presença da fadiga pode estar associada com a presença da privação de sono. O valor de  $\Phi=0,303$  confirma que há associação moderada entre essas duas variáveis; e a análise da OR mostrou que as gestantes que têm privação de sono têm 14% mais de chance de desenvolver Fadiga.

O DE Fadiga também apresentou associação significativa com o Padrão de sono perturbado ( $p=0,003$ ). A razão de chance revelou que as gestantes com Padrão de sono perturbado possuem cerca de 5% menos chance de desenvolver fadiga, neste caso os autores afirmaram que possivelmente foi uma relação espúria.

O estudo 6 objetivou analisar as respostas humanas da classe sono e repouso, do domínio atividade e repouso, apresentadas por 66 gestantes acompanhadas em uma Unidade de atenção básica, como no estudo anterior (ARCANJO *et al.*, 2006). Na amostra, o DE Padrão de sono perturbado, cujo enunciado atual é Padrão de sono prejudicado, foi observado em 75,8% das gestantes e o DE privação de sono foi observado em 19,7% das gestantes.

No estudo, foram encontradas 12 CD, das quais as mais frequentes foram: Três ou mais despertares durante a noite (90,9%); Sensibilidade à dor aumentada (78,8%); Irritabilidade (74,2%); Sonolência durante o dia (66,7%); Cansaço (65,2%); e Queixas verbais de não se sentir bem descansada (54,5%). Quanto aos FR os mais citados foram: Urgência urinária (72,7%); Temperatura ambiental desagradável (59,1%) e o Enfado (54,5%).

Com base nas associações identificadas, afirmaram que a ocorrência da CD urgência urinária leva diretamente (associação forte) à ocorrência do DE Padrão de sono

perturbado. Observaram, ainda, que a CD urgência urinária contribui para dois ou mais despertares noturnos (associação fraca); a qual culmina com a alteração do padrão de sono (associação fraca) (ARCANJO *et al.*, 2006). A CD enfado esteve associada à CD urgência urinária e ao DE Padrão de sono perturbado; e constataram que o enfado é consequência do DE Padrão de sono perturbado em gestantes.

O estudo 6 concluiu que os resultados podem contribuir para melhor direcionamento da assistência clínica, no pré-natal, em relação ao sono e repouso das gestantes. E que para as gestantes, o direcionamento das atividades de enfermagem pode indicar atenção pré-natal mais voltada para a realidade e melhoria do conforto, principalmente no período final da gestação (ARCANJO *et al.*, 2006).

## 6 CONCLUSÕES

Nesta Revisão Integrativa (RI) da literatura, foi possível reunir, sintetizar e avaliar os conhecimentos produzidos sobre os Diagnósticos de Enfermagem (DE) em gestantes, buscando assim aprofundar as discussões sobre tal temática, de modo a contribuir para uma prática de enfermagem baseada em evidências.

O presente estudo seguiu o rigor metodológico das cinco etapas preconizadas por Whittemore e Knafl para uma RI. Destacando, também, a busca nas bases de dados que foi realizada aos pares, como o recomendado por teóricos primários do método como Stetler.

A presente revisão envolveu 14 estudos, localizados nas bases de dados LILACS e CINAHL; publicados entre 1999 e 2010; originários do Brasil; e publicadas principalmente na Revista latino-americana de enfermagem, que se trata de uma revista de enfermagem geral e que é classificada pela CAPES com Qualis A1, assim importante e qualificado periódico do meio acadêmico.

Em relação aos autores, todos estavam vinculados à enfermagem e, em sua grande maioria, inseridos em atividades docentes. Isto mostra a importante participação da academia na pesquisa, mas ressalta a necessidade de os enfermeiros assistenciais se inserirem em pesquisas, buscando a parceria ensino-pesquisa-serviço que é sempre tão necessária, em especial no contexto da prática baseada em evidências científicas.

Em relação ao delineamento metodológico, os estudos da amostra foram classificados como não experimentais, predominantemente estudos descritivos, com amostras que variaram entre um e 71 gestantes. Conseqüentemente, a estes delineamentos, os estudos foram classificados com Nível de evidência VI, considerado nível de evidência fraco.

Os estudos incluídos nesta revisão foram agrupados nas categorias temáticas Diagnósticos de enfermagem em gestantes saudáveis, Diagnósticos de enfermagem em gestantes enfermas e Diagnósticos de enfermagem específicos.

Quanto à categoria temática Diagnósticos de enfermagem em gestantes saudáveis, a mesma foi composta por cinco estudos que buscaram investigar os DE em gestantes acompanhadas no serviço de pré-natal, as quais não tinham patologia associada à gestação.

Em relação à qualidade metodológica dos estudos dessa primeira categoria temática, quatro descreveram que elaboraram os instrumentos de coleta de dados e basearam o estudo a partir de um referencial teórico, dentre os quais Wanda Horta, Dorothea Orem e Imogene King, o que é relevante, visto a importância de se ter um modelo conceitual embasando a prática de enfermagem. Porém, nesta categoria, apenas um estudo descreveu como foi realizada a inferência dos diagnósticos de enfermagem, a qual foi realizada pelos próprios pesquisadores, e nenhum dos cinco estudos citaram ter utilizado método ou modelo de raciocínio diagnóstico no julgamento clínico para elaboração desses diagnósticos.

Esse achado motiva a reflexão da necessidade de maior rigor no processo de execução de todas as etapas do processo de enfermagem, em especial a etapa de raciocínio diagnóstico, da qual se derivará etapas importantes, como planejamento e plano de cuidados, os quais devem estar direcionados aos diagnósticos de enfermagem. De modo que se estes foram levantados de forma errônea, poderá prejudicar as demais etapas do processo.

Na primeira categoria, os DE mais frequentes nas gestantes saudáveis foram: Conhecimento deficiente, Padrão de sono prejudicado, Náusea, Risco de infecção, Disfunção sexual, Fadiga, Dor crônica, Volume de líquido excessivo, Déficit no autocuidado para banho, Dor aguda, Intolerância à atividade, Risco de lesão, Risco de baixa autoestima situacional, Conforto prejudicado e Processo familiar alterado.

Observando-se esses diagnósticos, percebe-se que a maioria está relacionada às alterações biológicas da gravidez, as quais são fisiológicas e que tendem a desaparecer após o processo gestacional. Mas, vale destacar a presença importante de DE relacionados a relações familiares e a aspectos sociais e afetivos dessas gestantes, de modo que se deve assumir sempre um olhar direcionado à gestante, investigando aspectos biopsicossociais de sua vida e assim desenvolver um cuidado de enfermagem holístico e integral à gestante e sua família.

Destaca-se, também, a prevalência importante do DE Conhecimento deficiente nas gestantes dessa categoria, fato que reforça a necessidade de se incluir sempre a educação em saúde no cuidado e na assistência pré-natal às gestantes, de modo a desenvolver a autonomia desses sujeitos, contribuindo assim para promoção da saúde dessas mulheres, seu conceito e sua família.

A categoria temática DE em gestantes enfermas foi composta por sete estudos que buscaram investigar o perfil dos DE gestantes acometidas por alguma patologia associada à gestação, dentre as quais as principais enfermidades foram: Síndrome Hipertensiva estacional (SHG), Trabalho de Parto Prematuro (TPP), Amniorrexe prematura, Infecção do Trato Urinário (ITU), Pielonefrite, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e Placenta Prévia.

Em relação à qualidade metodológica dos estudos da segunda categoria, apenas um estudo utilizou uma teoria de enfermagem, a teoria do autocuidado de Orem para embasar a pesquisa. Dois estudos citaram que utilizaram o Método de raciocínio diagnóstico hipotético dedutivo de Gordon, no processo de julgamento clínico e inferência dos diagnósticos; e apenas um estudo retratou que a inferência dos DE foi realizada por enfermeiras especialistas em obstetrícia em consenso com a pesquisadora.

Esses resultados ressaltam cada vez mais a necessidade de se atentar para a rigorosidade a ser aplicada em pesquisas científicas, em especial quando se tiver como objeto de estudo DE ou o processo de enfermagem, visto que um levantamento de dados adequados junto ao cliente e um julgamento clínico pertinente dessas informações são essenciais à implementação de um cuidado de enfermagem eficaz e eficiente.

Nessa segunda categoria, foram apresentados 36 diagnósticos de enfermagem, sendo que a maioria tendeu a aparecer isoladamente em um estudo apenas, correlacionado com a doença que acometia as gestantes que estavam sendo investigadas. Isto corrobora a necessidade de se particularizar e individualizar cada vez mais o PE e a sistematização da assistência de enfermagem, visto que uma doença pode causar alterações importantes no organismo materno, favorecendo o surgimento de diagnósticos de acordo com o tipo de adoecimento.

Nessa categoria temática, os DE mais frequentes foram: Conhecimento deficiente, Risco de infecção, Dor aguda, Manutenção do lar prejudicada, Ansiedade, Medo, Manutenção ineficaz da saúde, Autocontrole ineficaz da saúde, Padrão de sexualidade ineficaz, Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, Risco de lesão (fetal) e Integridade tissular prejudicada.

Assim como na primeira categoria, a dos DE em gestantes saudáveis, nessa segunda categoria, observa-se diagnósticos relacionados a questões biológicas e psicológicas das gestantes, indo ao encontro da necessidade de se atentar para investigação integral da gestante, bem como assistência de enfermagem pautada na integralidade do cuidado.

Destaca-se a importante prevalência do DE Conhecimento deficiente, assim como na primeira categoria, e do DE Manutenção ineficaz da saúde, o que faz refletir sobre a responsabilidade do enfermeiro na execução de práticas educativas transformadoras e libertadoras que busquem a construção de conhecimentos e corresponsabilização dos sujeitos no processo saúde-doença-cuidado.

A terceira e última categoria foi composta por dois estudos que investigaram como o DE Fadiga, o DE Padrão de sono prejudicado e o DE Privação de sono se manifestavam na gestante. Os dois estudos descreveram de forma detalhada a análise estatística dos dados, porém não utilizaram modelo de raciocínio para julgar os diagnósticos.

Em relação à Taxonomia utilizada para compor os diagnósticos de enfermagem dos estudos incluídos nesta revisão, a Taxonomia da NANDA-I foi a utilizada em todos os artigos, isto era esperado, uma vez que a mesma é a mais conhecida e utilizada mundialmente. Porém, destaca-se que em alguns estudos as etiquetas diagnósticas, as características definidoras, os fatores de risco e os fatores relacionados diferiam dos presentes na referida nomenclatura, este achado reforça a necessidade de maior compreensão e melhor aplicabilidade desta importante padronização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem.

Ao realizar a integração das considerações finais ou conclusões dos artigos revisados no presente estudo, em suma, os autores concluíram que a aplicação do PE aproxima os enfermeiros dos clientes; direciona as ações de enfermagem; e torna a prática de enfermagem mais crítica e científica, permitindo à gestante, sua família e comunidade a participar ativamente do processo saúde doença.

Os autores dos artigos da revisão concluíram também que a identificação dos DE nas gestantes permitiu direcionar as ações de enfermagem às reais necessidades biopsicossociais desta clientela, personalizando o cuidado através de intervenções de enfermagem holísticas individualizadas que melhorem a qualidade dessa assistência. Além do que enfatizaram a necessidade de outros estudos que abordassem a temática do DE em



gestantes, bem como o Processo de enfermagem em sua totalidade. Destaca-se que os estudos da presente revisão não citaram limitações do estudo.

A presente revisão integrativa seguiu o rigor metodológico adequado e atingiu seu objetivo de identificar e avaliar os DE em gestantes. Ademais, permitiu aprofundamento teórico sobre a Prática baseada em evidências, sobre o método de revisão integrativa e os diagnósticos de enfermagem e processo de enfermagem relacionados à gravidez.

Assim como identificou a necessidade de se desenvolverem estudos quase experimentais ou experimentais envolvendo a temática dos diagnósticos de enfermagem em gestantes, visto que todos os estudos desta revisão foram classificados com nível de evidência VI. Entendendo-se com isto que é necessário empreender esforços para o desenvolvimento de pesquisas com delineamentos que produzam evidências fortes relacionadas ao tema, aumentando assim o poder de generalização dos achados.

Considerou-se de extrema relevância a execução desta revisão, a qual permitiu mapear as publicações referentes à temática de interesse e reconhecer lacunas e assim propor novos estudos que investiguem os Diagnósticos de enfermagem na área de obstetrícia, bem como outras etapas do processo de enfermagem relacionadas a esta população.

Pretende-se que os resultados da presente revisão contribuam para construção do conhecimento da Enfermagem, mas que especialmente isto se traduza em melhoria dos cuidados de enfermagem ao binômio mãe e filho, bem como estimular os enfermeiros a se tornarem consumidores de resultados de pesquisa e especialmente serem produtores de pesquisas que possam ser implementadas na prática clínica, fortalecendo, assim, a Enfermagem Baseada em Evidência-EBE.

## REFERÊNCIAS

- AGUILAR, V. M.; ROBLES, A. L. M. **Processo de enfermagem**: modelo de interação terapêutica e uso das linguagens NANDA, CIE (NIC), e CRE (NOC). São Paulo: DCL, 2009.
- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ALVES, V. M. *et al.* Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de atenção à saúde. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 70-75, 2006.
- ARAGAKI, I. M. M. *et al.* Unidade de alojamento conjunto. *In*: GADZINSKI, R. R. et al. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 8, p.207-229.
- ARCANJO, Z. *et al.* Diagnósticos de enfermagem referentes ao sono e repouso de gestantes. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 14, n.3, p. 378-384, 2006.
- BARBIERI, A. *et al.* Análise da atenção pré-natal na percepção de puérperas. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 24, n. 1, p. 29-39, abril. 2012.
- BARBOSA, B. N. *et al.* Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [on-line], v. 13, n. 3; p. 464-473, 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a12.htm>
- BARROS, S. M. O.; COSTA, C. A. R. Consulta de enfermagem a gestantes com anemia ferropiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 7, n. 4, p. 105-111, 1999.
- BORG-STEIN, J.; DUGAN, S. A. Musculoskeletal disorders of pregnancy, delivery and postpartum. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North American**, v. 18, n. 3, p. 459-476, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do Exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986.
- \_\_\_\_\_. **Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério**: Atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2006.
- \_\_\_\_\_. **Manual de prevenção das DST/HIV/Aids**. Brasília, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília, 2009a.
- \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2009b.
- \_\_\_\_\_. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde. **Óbitos Maternos**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/matuf.def>>. Acesso em: 25 mar. 2010b.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, 2010c.

\_\_\_\_\_. **Saúde da mulher**: Rede cegonha reduz mortalidade materna em 21%. Disponível em: <<http://saude.gov.br>>. Acesso em: 24 jul. 2012a.

\_\_\_\_\_. **Rede Cegonha**. Disponível em: <<http://saude.gov.br>>. Acesso em: 24 jul. 2012b.

\_\_\_\_\_. **Rede cegonha**: queda na mortalidade materna. Brasília, 2012c.

\_\_\_\_\_. **Saúde da mulher**: Ceará registra queda de 44% na mortalidade materna. Disponível em: <<http://saude.gov.br>>. Acesso em: 24 jul. 2012d.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**: Brasília, 2012e.

\_\_\_\_\_. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012f. (Caderno de Atenção Básica:).

\_\_\_\_\_. **O que é HIV?** Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>. Acesso em: 25 ago. 2012g.

BUSANELLO, J. *et al.* Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 807-814, 2011.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Planos de cuidados de enfermagem e documentação**: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. Porto Alegre: Artmed, 2006.

CARVALHO, E. C.; JESUS, C. A. C. **Raciocínio clínico na formulação de diagnósticos de enfermagem para o indivíduo**. Brasília: Associação Brasileira de enfermagem-ABEn, 1997. (Série didática-Enfermagem no SUS).

CARVALHO, F. T.; PICCININI, C. A. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. **Interação em Psicologia**, v. 10, n. 2, p. 345-355, 2006.

CARVALHO, G. M. Diagnósticos relacionados com doenças, problemas ou condições de saúde. In: CARVALHO, G. M.; LULA, H. M.; OLIVEIRA, L. R. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem em ginecologia, obstetrícia e neonatologia**. São Paulo: Yendis, 2010. cap. 11, p. 205-238.

CARVALHO, G. M. **Enfermagem em obstetrícia**. 3. ed. São Paulo: EPU, 2007.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Informe bimestral**: mortalidade materna. Fortaleza, 2009a.

\_\_\_\_\_. **Número de óbitos e Razão de Mortalidade Materna**. Fortaleza, 2009b.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Informe epidemiológico: mortalidade materna**. Fortaleza, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM-COFEN. Resolução COFEn nº 358/2009. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/site/2007/section.asp?sectionparentID=35&sectionID=30>>. Acesso em: 30 abr. 2011.

COSTA, M. C. *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 85, n. 6, p. 767-785, 2010.

CRUZ, D. A. L. M. Processo de enfermagem e classificações. In: GADZINSKI, R. R. *et al.* **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto alegre: Artmed, 2008. cap. 1, p.25-37.

CULLUM, N. *et al.* Introdução à enfermagem baseada em evidências. In: CULLUM, N. *et al.* **Enfermagem baseada em evidências: uma introdução**. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 1, p.23-31.

DEMITTO M. O. *et al.* Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. **Revista Rene**, v. 11, n. esp., p. 223-229, 2010.

Di MARCO, I. *et al.* Guía de práctica clínica: estados hipertensivos del embarazo 2010. **Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá**, v. 30, n. 1, p. 70-93, 2011.

DiCENSO, A.; CULLUM, N.; CILISKA, D. Implementação da enfermagem baseada em evidências: algumas interpretações errôneas. In: CULLUM, N. *et al.* **Enfermagem baseada em evidências: uma introdução**. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 2, p. 32-41.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; MURR, A. C. **Diagnósticos de enfermagem: intervenções, prioridades e fundamentos**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

FARIAS, M. C. A. D.; NÓBREGA, M. M. L. Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseado na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 59-67, 2000.

FESCINA, R. H. *et al.* **Salud sexual y reproductiva: guías para El continuo de atencion de La mujer y El recién nacido focalizadas em APS**. 2. ed. Montevideo: Centro latinoamericano de perinatología/ Saude de la muyer y reproductiva, 2010.

FIGUEIREDO, R. M. *et al.* Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 2, p. 299-303, 2006.

FLEMMING, K. Perguntas passíveis de resposta. In: CULLUM, N. *et al.* **Enfermagem baseada em evidências: uma introdução**. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 3, p.42-48.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

FREITAS, R. W. J. F. *et al.* Fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde entre diabéticos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p.365-372, 2011.

FREITAS, S. L. F. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em gestantes com vulvovaginite. **Revista Nursing**, v.13, n. 150, p. 592-596, 2010.

FUJIMORE, E. *et al.* Anemia em gestantes brasileiras antes e após a fortificação das farinhas com ferro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 45-46, 2011.

GALDEANO, L. E. *et al.* Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Revista da escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 1, p. 26-33, 2006.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; PELEGRINO, F. M. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 549-555, 2008.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 690-695, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GILBERT, E.; HARMON, J. **Manual prático de gravidez e parto de alto risco**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GOMES, L. F. S. *et al.* Reflexões sobre a promoção da saúde no contexto do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 6, n. 7, p. 1721-1728, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2659/4084>>. Acesso em: 2 jan. 2012.

GOUVEIA, H. G.; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 175-182, 2004.

GRANER, V. R.; FARIA, D. E. P.; BARROS, S. M. O. Enfermagem e reprodução humana. *In*: SILVA, I. A.; SOUZA, K. V.; SOUZA, I. E. O. **Programa de atualização em enfermagem: saúde materna e neonatal**. Porto alegre: Artmed/Panamericana, 2009. cap. 1, p. 9-38.

GUTKE, A.; OSTGARD, H. C.; OBERG, B. Association between muscle function and low back pain in relation to pregnancy. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 40, n. 4, p. 304-311, 2008.

HERCULANO, M. M. S. *et al.* Óbitos maternos em uma maternidade pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 295-301, 2012.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Programa nacional de controle do câncer de mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

JOHNSON, M. *et al.* **Liigações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

KARAN, P. M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem e interveções a gestantes admitidas em uma unidade de saúde da família. **Revista Nursing**, v. 10, n.116, p. 36-44, 2008.

KAWAGUTI, F. S. *et al.* Constipação na gravidez. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 28, n. 1, p. 46-48, 2008.

KLETEMBERG, D. F. *et al.* O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 26-32, 2010.

KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. D.; MANTOVANI, M. F. Uma história do processo de enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem. **Revista Anna Nery**, v. 10, n. 3, p. 478-486, 2006.

LACAVA, R. M. V. B.; BARROS, S. M. O. Diagnósticos de enfermagem na assistência às gestantes. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 9-19, jan./mar. 2004.

LULA, H. M.; CARVALHO, G. M. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em obstetrícia fisiológica. In: CARVALHO, G. M.; LULA, H. M.; OLIVEIRA, L. R. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem em ginecologia, obstetrícia e neonatologia**. São Paulo: Yendis, 2010. cap. 6, p. 99-112.

McWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2. ed. Porto alegre: Artmed, 2009.

MELNYK, B. M.; FINEOULT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & health care: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2011.

MENDES, K. D. S. **Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação das evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MOLINA, A. S.; SUAZO, S. V. Teoria de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y cliamaterio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 4, p. 613-619, 2009.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MOREIRA, L. S. *et al.* Alterações posturais, de equilíbrio e dor lombar no período gestacional. **Femina**, v. 39, n. 5, p. 241-244, 2011.

MOURA, E. R. F. *et al.* Fatores de risco para Síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, p.250-255, abr./jun. 2010.

MOURA, E. R. F.; LINARD, A. G.; ARAÚJO, T. L. Diagnóstico de enfermagem em gestante: estudo de caso. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 3, n. 2, p. 129-135, maio/ago. 2004.

NANDA International. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

NEME, B. NEME **Obstetrícia básica**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do Cuidar em Enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2009.

NORTH, R. A. Classificação e diagnóstico da pré-eclâmpsia. *In*: LYALL, F.; BELFORT, M. **Pré-eclâmpsia: etiologia e prática clínica**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2009. cap. 17, p.243-257.

OLIVEIRA, C. A. *et al.* Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v. 6, n. 1, p. 93-98, 2006.

OLIVEIRA, M. F.; FREITAS, M. C. diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes em mulheres internadas em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 343-348, 2009.

ORSHAN, S. A. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PAGNONCELI, J.; ABEGG, M. A.; COLACITE, J. Avaliação de infecção urinária em gestantes do município de Marechal Cândido Rondon, PR. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 14, n. 3, p. 211-216, 2010.

PARCELLS, D. A. Women's mental health nursing: depression, anxiety and stress during pregnancy. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 17, p. 813-820, 2010.

PEIXOTO, C. R. *et al.* O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 19, n. 2, p. 286-291, 2011.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M. Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 58, n.6, p. 659-664, 2005.

PESSOA, I. N. *et al.* Percepção de puérperas sobre a assistência de enfermagem na gravidez. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 236-241, 2009.

PESUT, D. J.; HERMAN, J. **Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking**. United States of America: Delmar Publishers, 1999.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

REINERS, A. A. O. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em gestantes hipertensas. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 13, n. 2, p. 233-238, 2009.

RYCROFT-MALONE, J. *et al.* What counts as evidence in evidence-based practice. **Journal of Advanced Nursing**, v. 47, n. 1, p. 81-90, 2004.

SAFFIOTI, R. F. *et al.* Constipação intestinal e gravidez. **Revista Femina**, v. 31, n. 3, p. 163-168, 2011.

SANTOS, A. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista Rene**, v. 11, n. esp., p. 61-71, 2010.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto & Contexto Enfermagem**. v, 18, n. 4, p. 652-660, 2009.

SANTOS, Z. M. S. A. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em gestantes com DHEG: estudo de caso. **Revista Nursing**, v. 109, n. 10, p. 263-269, 2007.

SILVA, M. R. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 92-99, 2009.

SILVEIRA, R. C. C. P. **O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

STETLER, C. B. *et al.* Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, v. 11, n. 4 p. 195-206, 1988.

STROMILLI, G. V. El embarazo humano: paradigma biológico de tolerância y adaptación. **Revista de Medicina do Chile**, v. 139, 400-405, 2011.

SUMITA, S. L. N.; ABRÃO, A. C. F. V.; MARIN, H. F. Elaboração de um instrumento de coleta de dados para identificação dos diagnósticos de enfermagem em parturientes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 413-421, 2005.



TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M.; CARVALHO, D. V. O processo de enfermagem. *In:* TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 3, p.25-30.

TORRES, G. V.; DAVIM, R. M. B.; NÓBREGA, M. M. L. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 47-53, 2009.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no peioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124-131, jan./fev. 2006.

VAZ, M. J. R.; BARROS, S. M. O. Gestantes infectadas pelo HIV - caracterização e diagnósticos de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 15, n. 32, p. 9-17, 2002.

VETTORE, M. V. *et al.* Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 1201-1234, maio 2011.

VIEIRA, F. *et al.* Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Revista Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 83-89, 2010.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

**APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados**

<b>Dados de identificação do artigo</b>	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome: Local de trabalho: Graduação:
País	
Idioma	
Ano de publicação	
<b>Instituição sede do estudo</b>	
Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
<b>Tipo de revista científica</b>	
Publicação de enfermagem geral	
Publicação específica sobre processo de enfermagem/de	
Publicação de enfermagem de outra especialidade	
Publicação médica	
Publicação de outra área da saúde. Qual?	
<b>Características metodológicas do estudo</b>	
1. Tipo de publicação	1.1 pesquisa ( ) abordagem quantitativa ( ) delineamento experimental ( ) delineamento quase-experimental ( ) delineamento não-experimental 1.2 não pesquisa

	( ) revisão de literatura ( ) relato de experiência ( ) outras? Qual?
2. Objetivo ou questão de investigação	
População	
3. Amostra	3.1 seleção ( ) randômica ( ) conveniência ( ) outras? Qual? 3.2 tamanho(n) Inicial _____ Final _____ 3.3 características Idade Raça  3.4 critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos
Local de realização do estudo	
5. Instrumento de coleta de dados	
6. Duração do estudo	
Tratamento dos dados	
7. Inferência dos de	
8. Método de raciocínio diagnóstico	Sim ( ) não( ) Se sim, qual?
9. Taxonomia empregada	Qual?
10. Análise	10.1 tratamento estatístico 10.2 nível de significância
11. Resultados	
11.1 diagnósticos de enfermagem encontrados (etiqueta diagnóstica)	
11.2 características definidoras (para cada de)	
11.3 fatores relacionados (para cada de)	
12. Implicações	Conclusões: As conclusões são justificadas com base nos resultados? Quais são as recomendações dos autores?
13. Nível de evidência do estudo	
<b>Avaliação do rigor metodológico</b>	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	

**APÊNDICE B - Quadro sinóptico**

Nome da pesquisa	Autores	Tipo de publicação	Detalhamento metodológico	Detalhamento amostral
Diagnósticos de enfermagem encontrados			Recomendações Conclusões	

**APÊNDICE C - Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa**

**Quadro 5** - Apresentação da síntese do artigo 1 da revisão integrativa. Fortaleza, 2012.

<b>Nome da pesquisa</b>	<b>Autores</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Detalhamento metodológico</b>	<b>Detalhamento amostral</b>
Diagnósticos de enfermagem em gestantes com vulvovaginite	Freitas, S L F Arantes, SL; Gerk, MAS Nunes, CB	Publicação de enfermagem geral  Revista Nursing, 2010	Pesquisa descritiva, quantitativa de corte transversal.  Não descreve ICD  Taxonomia NANDA  Não descreve inferência dos DE  Não usou método de raciocínio diagnóstico  Não descreve análise específica	31 gestantes acompanhadas no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Núcleo de Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Não descreve seleção da amostra  Candidíase vulvovaginal-CCV: 7(22,6%) Vaginose bacteriana-VB:7(22,6%) CCV e VB: 5(16,1%) Tricomoníase Vaginal: 1(3,2%) Não foi identificado vulvovaginite: 10(32,3%)
<b>Diagnósticos de enfermagem encontrados</b>			<b>Recomendações/ Conclusões</b>	
<p><b>Diagnósticos reais:</b> Dor aguda Manutenção ineficaz da saúde Conhecimento deficiente Comportamento de saúde propenso a risco Integridade tissular prejudicada Eliminação urinária prejudicada</p> <p><b>Diagnósticos potenciais:</b> Risco de baixa auto-estima situacional Risco de integridade da pele prejudicada Risco de infecção Risco de infecção fetal Risco de crescimento desproporcional do feto</p>			<p>Candidíase vulvovaginal (22,6%) Vaginose bacteriana (22,6%) Vaginose bacteriana associada à candidíase vulvovaginal (16,1%) Tricomoníase associada à candidíase vulvovaginal (3,2%)</p> <p>A maior dificuldade foi o pequeno número de publicações sobre DE na área da saúde da mulher. É fundamental que mais pesquisas sejam realizadas. O diagnóstico adequado das vulvovaginites e a identificação dos DE são fundamentais para nortear as condutas da enfermeira no pré-natal.</p> <p>A aplicação do PE nas consultas de enfermagem direciona as ações, possibilitando a assistência contínua e holística à gestante além de incentivar os enfermeiros a buscarem conhecimentos científicos para uma assistência de boa qualidade.</p>	

**Quadro 6** - Apresentação da síntese do artigo 2 da revisão integrativa. Fortaleza, 2012.

<b>Nome da pesquisa</b>	<b>Autores Nome:</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Detalhamento metodológico</b>	<b>Detalhamento amostral</b>
Diagnósticos de enfermagem em gestantes hipertensas	Reiners, AAO Dióz, M Teixeira, NZF Gonçalves, PMS	Publicação de enfermagem geral  Revista Mineira de Enfermagem, 2009	Estudo descritivo e exploratório ICD baseado no referencial dos Padrões de Saúde de Gordon (entrevista e exame físico) Análise: frequência absoluta e relativa dos DE Modelo de raciocínio diagnóstico hipotético-dedutivo de Gordon Inferência feita pelas pesquisadoras Taxonomia NANDA e Carpenito	10 gestantes hipertensas atendidas no ambulatório de alto risco ou unidade de internação do Hospital universitário Júlio Muller Cuiabá-MT  Não descreve seleção da amostra
<b>Diagnósticos de enfermagem encontrados</b>			<b>Recomendações/Conclusões</b>	
Conhecimento deficiente sobre seu problema de saúde-8(80%) Manutenção ineficaz da saúde-5(50%) Controle ineficaz do regime terapêutico-5(50%)			A identificação dos DE apontou para a necessidade de incrementar a prática de educação em saúde voltada para essa clientela. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam subsidiar a assistência de enfermagem à gestante. Os autores apontaram como desafio a atuação competente do enfermeiro nos programas de pré-natal para identificação de problemas reais e potenciais da gestante e o manejo adequado das diversas situações existentes.	

**Quadro 7** - Apresentação da síntese do artigo 3 da revisão integrativa. Fortaleza, 2012.

<b>Nome da pesquisa</b>	<b>Autores</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Detalhamento metodológico</b>	<b>Detalhamento amostral</b>
Diagnósticos de enfermagem e intervenções a gestantes admitidas em uma Unidade de Saúde da família	Karan, PM Rosa, RSL Barbosa, VBA Brito, RPA Anjos, C	Publicação de enfermagem geral  Revista Nursing, 2008	Estudo retrospectivo, analítico descritivo ICD: Segundo o referencial de HORTA Não descreve análise específica Não usou método de raciocínio diagnóstico Inferência dos DE pelos autores Taxonomia NANDA	40 prontuários de gestantes atendidas da USF Vila real Não descreve seleção da amostra
<b>Diagnósticos de enfermagem encontrados</b>			<b>Recomendações/Conclusões</b>	
Náuseas 37 (92,5%) Disfunção sexual 35(87,5%) Fadiga 32 (80%) Padrão de sono perturbado 30 (75%) Dor crônica (lombalgia) 30 (75%) Volume de líquidos excessivo 26 (65%)			Os autores apontam que a aplicação da SAE promoveu maior aproximação dos enfermeiros junto aos clientes, principalmente após a identificação dos DE mais frequentes na clientela atendida, bem como as intervenções para cada DE. E que o profissional desempenha a função assistencial com maior efetividade, buscando a qualificação dos cuidados e assumindo a responsabilidade na execução da assistência de maior complexidade.	

**Quadro 8** - Apresentação da síntese do artigo 4 da revisão integrativa. Fortaleza, 2012.

<b>Nome da pesquisa</b>	<b>Autores</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Detalhamento metodológico</b>	<b>Detalhamento amostral</b>
Diagnósticos de enfermagem em gestantes com DHEG: estudo de caso	Santos, ZMSA Silva, ARV Silva, RM Aragão, KS	Publicação de enfermagem geral  Revista Nursing, 2007	Estudo descritivo do tipo estudo de caso ICD: 1 roteiro de entrevista e um de exame físico Não descreve análise específica Não usou método de raciocínio diagnóstico Não descreve inferência dos DE Taxonomia NANDA-I	3 gestantes da unidade de internação obstétrica de alto risco, de uma instituição pública de saúde em Fortaleza- CE
<b>Diagnósticos de enfermagem encontrados</b>			<b>Recomendações/ Conclusões</b>	
<b>DE presentes nas 3 gestantes:</b> Constipação Volume excessivo de líquidos Mobilidade física prejudicada Manutenção ineficaz da saúde Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais Risco para infecção Ansiedade Dor aguda Fadiga Intolerância a atividade Déficit no autocuidado para banho/higiene Medo <b>DE presentes em 2 gestantes:</b> Padrão de sono perturbado Náuseas Percepção visual perturbada			Os autores afirmaram que a operacionalização do PE, com a identificação do DE possibilita a elaboração do plano de cuidados, traz uma contribuição relevante para a prática do enfermeiro e ao atendimento integralizado às necessidades da cliente e da família.  Revelaram ainda a importância da consulta de enfermagem para o planejamento dos cuidados de enfermagem com DHEG.	

NOTA: O DE Percepção visual perturbada foi retirado na última edição da NANDA-I (NANDA-I de 2012-2014)



**Quadro 9** - Apresentação da síntese do artigo 5 da revisão integrativa. Fortaleza, 2012.

Nome da pesquisa	Autores	Tipo de publicação	Detalhamento metodológico	Detalhamento amostral
Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de atenção à saúde	Alves, VM Moura, ZA Palmeira, ILT Lopes, MVO	Publicação de enfermagem geral  Acta paulista enfermagem, 2006	Estudo transversal de caráter exploratório e descritivo ICD desenvolvido com base na taxonomia II NANDA Análise: EPI INFO SPSS Freq absoluta, percentual, média, desvio padrão, percentis. Associações de variáveis: Teste Qui- quadrado, teste exato de Fisher, razão de chance, coeficiente Phi. Para a significância estatística adotou-se um nível de 5% ( $\alpha=0,05$ ). Não usou método de raciocínio diagnóstico Não descreve inferência dos DE Taxonomia II da NANDA-I	66 gestantes acompanhadas por enfermeiros na unidade de saúde da família Seleção probabilística do tipo randômica simples/tabela de números aleatórios
<b>Diagnósticos de enfermagem encontrados</b>			<b>Recomendações/ Conclusões</b>	
<p>72,7% das gestantes tinham o DE FADIGA  <b>CD:</b> Aumento das queixas físicas 52(78,8%)            Sonolência 44(66,7%)            Cansaço 43 (65,2%)            Falta de energia 37 (56,1%)            Incapacidade de restaurar as energias após o sono 36 (54,5%)            As CD não apresentavam associação estatística entre si nem com o DE Fadiga (<math>p&gt;0,05</math>)  <b>FR:</b> Temperatura ambiente 39(59,1%)            Estilo de vida enfadonho 36(54,5%)            Ansiedade 30( 45,5%)            Anemia 27(40,9%)            Os fatores relacionados mais citados não apresentam significância estatística            O FR anemia e o DE FADIGA teve associação estatisticamente significativa: a razão de chances mostrou que gestante com anemia tem 47% mais chances de desenvolverem fadiga.            A associação entre DE FADIGA e DE Privação do sono apresentou significância estatística (<math>p=0,014</math>). A OR</p>			<p>O estudo apontou que existe associação significativa entre as variáveis fadiga e anemia e fadiga e privação de sono</p>	

<p>mostrou que a gestante que tem privação de sono tem 14% mais de chance de desenvolver FADIGA. O DE FADIGA também apresentou associação significativa com o Padrão de sono perturbado (<math>p=0,003</math>). A razão de chance revelou que as gestantes com Padrão de sono perturbado possuem cerca de 5% menos chance de desenvolver fadiga. (POSSIVELMENTE UMA RELAÇÃO ESPÚRIA)</p>	
--	--

**Quadro 10** - Apresentação da síntese do artigo 6 da revisão integrativa. Fortaleza, 2012.

Nome da pesquisa	Autores	Tipo de publicação	Detalhamento metodológico	Detalhamento amostral
Diagnósticos de enfermagem referentes ao sono e repouso de gestantes	Arcanjo, Z Alves, VM Palmeira, ILT Lopes, MVO	Publicação de enfermagem geral  Revista de enfermagem UERJ, 2006	Estudo transversal de caráter exploratório e descritivo ICD: formulário Para análise dos dados foram geradas estatísticas descritivas com a frequência absoluta, percentual e intervalos de confiança de 95%. SPSS 13.0 Associações de variáveis: Teste Qui- quadrado, teste exato de Fisher. Para a significância estatística adotou-se um nível de 5% ( $\alpha=0,05$ ). Teste de t Regressão logística Teste de Wald Teste de Omnibus Teste de Hosmer-Lemeshow R <sup>2</sup> de Nagelkerke Razão de máxima verossimilhança(-2log Não usou método de raciocínio diagnóstico Não descreve inferência dos DE Taxonomia II da NANDA-I	66 gestantes acompanhadas por enfermeiros na unidade de saúde da família  Seleção probabilística do tipo randômica simples/ tabela de números aleatórios
<b>Diagnósticos de enfermagem encontrados</b>			<b>Recomendações/ Conclusões</b>	
DE padrão de sono prejudicado foi observado em 75,8% das gestantes DE privação de sono foi observado em 19,7% das gestantes CD: Três ou mais despertares durante a noite-90,9% Sensibilidade á dor aumentada-78,8 Irritabilidade-74,2% Sonolência durante o dia-66,7% Cansaço-65,2% Queixas verbais de não se sentir bem descansada-54,5% ... FR: Urgência urinária-72,7%			O estudo concluiu que a ocorrência de urgência urinária leva diretamente (associação forte) a ocorrência de padrão de sono perturbado. A urgência urinária contribui para dois ou mais despertares noturnos (associação fraca), a qual culmina com a alteração do padrão de sono (associação fraca). A CD enfado esteve associada à urgência urinária e ao padrão padrão de sono perturbado; concluiu que o enfado é consequência do padrão de sono perturbado em gestantes. Os resultados podem contribuir para um melhor direcionamento da assistência pré-natal em relação ao	

<p>Temperatura ambiental desagradável-59,1% Enfado-54,5%</p>	<p>sono e repouso das gestantes. Para as gestantes o direcionamento das atividades de enfermagem pode indicar uma atenção pré-natal mais voltada para a sua realidade e melhoria do conforto, principalmente no período final da gestação</p>
--	---

**Quadro 11** - Apresentação da síntese do artigo 7 da revisão integrativa. Fortaleza, 2012.

<b>Nome da pesquisa</b>	<b>Autores</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Detalhamento metodológico</b>	<b>Detalhamento amostral</b>
Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal	Pereira, SVM Bachion, MM	Publicação de enfermagem geral  Revista Brasileira de Enfermagem, 2005	Estudo descritivo longitudinal ICD: Roteiro semi-estruturado elaborado pelas pesquisadoras. (protocolos de consulta de enfermagem) de acordo com o Modelo conceitual de OREM Não descreve análise Não usou método de raciocínio diagnóstico Não descreve inferência dos DE Taxonomia II da NANDA-I	11 gestantes de baixo risco cadastradas num programa de pré-natal de uma maternidade credenciada a Rede HumanizaSUS localizada no interior do estado de Goiás Seleção da amostra por conveniência
<b>Diagnósticos de enfermagem encontrados</b>			<b>Recomendações/ Conclusões</b>	
<p>Risco para infecção (DST-AIDS e 25 tétano puerperal e neonatal)</p> <p>Risco para infecção (colo de útero)</p> <p>Integridade tissular prejudicada (colo de útero) Déficit de autocuidado para banho e higiene</p> <p>Dor aguda (membros inferiores, pelve, região ígual e lombar).</p> <p>Padrão do sono perturbado</p> <p>Intolerância à atividade percebida (gestante)</p> <p>Incontinência urinária por pressão</p> <p>Constipação</p> <p>Conhecimento deficiente</p> <p>Risco para amamentação ineficaz</p> <p>Risco para lesão fetal</p> <p>Dor(punho)</p> <p>Eliminação urinária prejudicada</p> <p>Campo de energia perturbado</p> <p>Risco para lesão (fetal e materna)</p> <p>Risco para nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais</p> <p>Crescimento desproporcional da gestante Náusea</p> <p>Nutrição desequilibrada: para menos que as necessidades corporais</p> <p>Risco de nutrição alterada para menos que as necessidades corporais</p> <p>Membrana mucosa oral prejudicada</p> <p>Integridade da pele prejudicada 24-Comportamento de busca de saúde percebido (na gravidez)</p>			<p>Os autores afirmam que os DE apontam para a necessidade de atuação de uma equipe interdisciplinar qualificada que atue em atividades individuais e grupais. Chamam atenção para a valorização da prática de consulta de enfermagem e todas as prerrogativas nela implícitas, como diagnosticar e prescrever ações de competência da profissão, para alcançar os resultados pelos quais a enfermagem é responsável. E ainda consideram que as diretrizes dos programas de saúde nessa área precisam ser repensadas e reestruturadas para que possam ser realmente condizentes com as reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde.</p>	

**Quadro 12-** Apresentação da síntese do artigo 8 da revisão integrativa. Fortaleza, 2012.

<b>Nome da pesquisa</b>	<b>Autores</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Detalhamento metodológico</b>	<b>Detalhamento amostral</b>
Diagnóstico de enfermagem em gestante: estudo de caso	Moura, ERF Linard, AG Araújo, TL	Publicação de enfermagem geral  Ciência, Cuidado e Saúde, 2004	Pesquisa descritiva do tipo estudo de caso ICD: Entrevista seguindo um roteiro sob o referencial teórico de Imogene King e cartão da gestante Não descreve análise Não usou método de raciocínio diagnóstico Não descreve inferência dos DE Não descreve a Taxonomia	1 gestante no terceiro trimestre de gravidez
<b>Diagnósticos de enfermagem encontrados</b>			<b>Recomendações/ Conclusões</b>	
Déficit de conhecimento sobre amamentação e parto Processo familiar alterado e conflito de decisão  O primeiro foi eleito como prioritário pela gestante			Os autores relataram que a adoção do processo de enfermagem como um método científico permitiu sistematizar, priorizar e otimizar a assistência de enfermagem. E que a implementação de uma assistência de enfermagem sistematizada favoreceu uma prática crítica e científica, que certamente conduzirá a um reconhecimento profissional E recomendaram que os enfermeiros realizem outros estudos de caso com gestantes com vista à utilização do método científico e de um referencial teórico	

**Quadro 13** - Apresentação da síntese do artigo 9 da revisão integrativa. Fortaleza, 2012.

Nome da pesquisa	Autores	Tipo de publicação	Detalhamento metodológico	Detalhamento amostral
Diagnósticos de enfermagem na assistência às gestantes	Lacava, RMBB Barros, SMO	Publicação de enfermagem geral  Acta paulista enfermagem, 2004	Estudo descritivo Elaborou um protocolo de coleta de dados Não descreve análise Não usou método de raciocínio diagnóstico Não descreve inferência dos DE Taxonomia NANDA-I	15 gestantes do serviço de pré-natal de um hospital filantrópico do município de São Paulo  Seleção aleatória
<b>Diagnósticos de enfermagem encontrados</b>			<b>Recomendações/ Conclusões</b>	
<p><b>Padrão trocar</b> Risco para infecção-15 gestantes Risco para lesão fetal-15 gestantes Constipação-10 gestantes Risco para lesão-10 gestantes Risco para função respiratória alterada-9 gestantes</p> <p><b>Padrão Mover</b> Manutenção ineficaz da saúde-13 gestantes Atividades de recreação deficientes-10 gestantes Risco para mobilidade física prejudicada-10 gestantes</p> <p><b>Padrão sentir</b> Conforto alterado-15 gestantes Medo-8 gestantes</p> <p><b>Padrão escolher</b> Comportamentos de busca de saúde-10 gestantes</p> <p><b>Padrão perceber</b> Risco para distúrbio no auto-conceito-15 gestantes</p> <p><b>Padrão conhecer</b> Conhecimento deficiente-15 gestantes</p>			Foram identificados 45 DE na amostra selecionada, a maioria deles no Padrão de Resposta Humana trocar	

**Quadro 14** - Apresentação da síntese do artigo 10 da revisão integrativa. Fortaleza, 2012.

Nome da pesquisa	Autores	Tipo de publicação	Detalhamento metodológico	Detalhamento amostral
Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco	Gouveia, HG Lopes, MHBM	Publicação de enfermagem geral  Revista latino americana de enfermagem, 2004	Estudo descritivo exploratório transversal ICD: Formulário (avaliado por uma enfermeira obstetra especialista em DE e depois aplicado a 10 clientes) Análise: foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis de caracterização da amostra Inferência dos DE: 3 especialistas em enfermagem obstétrica 2 com mais de 10 anos de experiência no uso de DE NANDA e a entrevistadora (consenso) Não usou método de raciocínio diagnóstico Taxonomia II da NANDA-I	71 Gestantes de risco internadas por motivo clínico e/ou obstétrico no Real e benemerita Sociedade portuguesa de beneficência-Hospital São Joaquim, São Paulo, SP, Brasil Seleção Sistematizada: uma a cada 2 internações
<b>Diagnósticos de enfermagem encontrados</b>			<b>Recomendações/ Conclusões</b>	
<p>DE comuns a todas as gestantes: 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%)</p> <p><b>TPP (29)</b> Risco para infecção 27 (93,1%) Manutenção da saúde alterada 24 (82,8%) Conforto alterado* 23 (79,3%) Risco para amamentação ineficaz* 21 (7,42) Padrões de sexualidade alterados 19 (65,5%) Medo 17 (58,6%) Dor 20 (69,0%)</p> <p><b>DHEG (15)</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%)</p> <p><b>AMINIORREXE PREMATURA (9)</b> Risco para infecção 9 (100,0%)</p>			<p>O estudo observou que os DE encontrados em 50% ou mais das mulheres são: Risco para infecção, Manutenção da saúde alterada, Conforto alterado*, Risco para amamentação ineficaz*, Padrões de sexualidade alterados, Medo e Dor.</p> <p>A partir desta identificação os autores esperam ajudar os profissionais de enfermagem a assistirem à gestante de risco com melhor qualidade e com resultados mais eficazes. Afirmaram que para o hospital os DE identificados vão nortear a assistência de enfermagem à gestantes de risco, visando a coleta de dados e a prestação de cuidados mais direcionados aos problemas comuns a esse grupo. E por fim ressaltaram a importância de estarmos atentos às necessidades de cada mulher de forma a personalizar o atendimento, e isto é um desafio que requer o envolvimento não só da diretoria de enfermagem como do grupo de enfermeiros e equipe de enfermagem.</p>	



Manutenção da saúde alterada 8 (88,9%) Conforto alterado* 7 (77,8%) Risco para amamentação ineficaz* 7 (77,8%) Medo 8 (88,9%) Dor 5 (55,6%) Distúrbio no padrão de sono 6 (66,7%) <b>ITU/PIELONEFRITE (7)</b> Risco para infecção 5 (71,4%) Manutenção da saúde alterada 7(100,0%) Conforto alterado* 6(85,7%) Eliminação urinária alterada 5 (71,4%)	
---	--

**Quadro 15** - Apresentação da síntese do artigo 11 da revisão integrativa. Fortaleza, 2012.

<b>Nome da pesquisa</b>	<b>Autores</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Detalhamento metodológico</b>	<b>Detalhamento amostral</b>
Gestantes infectadas pelo HIV-caracterização e diagnósticos de enfermagem.	Vaz, MJR Barros, SMO	Publicação de enfermagem geral  Acta Paul. Enf., 2002.	Não descreve o tipo de estudo ICD: elaborado segundo a NANDA-i Não descreve análise Não usou método de raciocínio diagnóstico Não descreve inferência dos DE Taxonomia NANDA-I	25 gestantes portadoras de HIV Não descreve a seleção
<b>Diagnósticos de enfermagem encontrados</b>			<b>Recomendações/ Conclusões</b>	
Risco para infecção: Risco para lesão fetal Risco para transmitir infecção Nutrição alterada : menor que as necessidades corporais Integridade tissular prejudicada Controle ineficaz do regime terapêutico Comportamento para elevar o nível de saúde Disfunção sexual Manutenção do lar prejudicada Medo Déficit de conhecimento			O estudo trouxe que a SAE e a aplicação do PE permite às enfermeiras desenvolverem programas que fornecem ao indivíduo, família e comunidade informações para a sua participação ativa no tratamento e prevenção de complicações. E que são inúmeros os desafios encontrados, sendo necessária a atualização constante para a assistência de enfermagem e a prática profissional.	

**Quadro 16** - Apresentação da síntese do artigo 12 da revisão integrativa. Fortaleza, 2012.

<b>Nome da pesquisa</b>	<b>Autores</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Detalhamento metodológico</b>	<b>Detalhamento amostral</b>
Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso	Farias, MCAD Nóbrega, MML	Publicação de enfermagem geral  Revista latino americana de enfermagem; 2000	Estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso ICD: entrevista semi-estruturada Não descreve análise Não descreve inferência Método de raciocínio: Gordon Taxonomia NANDA	1 gestante Não descreve a seleção
<b>Diagnósticos de enfermagem encontrados</b>			<b>Recomendações/ Conclusões</b>	
Déficit do volume de líquido Ansiedade Processo familiar alterado Comunicação prejudicada Risco para integridade da pele prejudicada Risco para infecção Mobilidade física prejudicada Déficit no autocuidado: higiene corporal Déficit no autocuidado: vestir-se e arrumar-se Retenção urinária Dor Amamentação ineficaz			Os autores afirmaram que os resultados podem contribuir para o despertar do enfermeiro quanto as suas responsabilidades em cuidar. E o estudo apontou para a importância de se operacionalizar o PE tendo por base um modelo assistencial.	

**Quadro 17** - Apresentação da síntese do artigo 13 da revisão integrativa. Fortaleza, 2012.

<b>Nome da pesquisa</b>	<b>Autores</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Detalhamento metodológico</b>	<b>Detalhamento amostral</b>
Consulta de enfermagem a gestantes com anemia ferropriva	Barros , SMO Costa, CAR	Publicação de enfermagem geral  Revista latino americana enfermagem, 1999	Não descreve tipo de estudo ICD: elaborado na pesquisa Não descreve análise Não usou método de raciocínio diagnóstico Não descreve inferência dos DE Taxonomia NANDA	52 gestantes que apresentaram valores de hemoglobina iguais ou inferiores a 11,0g/dl no serviço de pré-natal de uma maternidade conveniada a Universidade Federal de São Paulo
<b>Diagnósticos de enfermagem encontrados</b>			<b>Recomendações/ Conclusões</b>	
Nutrição alterada: ingesta menor que as necessidades corporais Nutrição alterada: ingesta maior que as necessidades corporais Risco para infecção Manutenção do lar prejudicada Déficit de conhecimento Risco para lesão fetal a Risco para não comprometimento			Os autores afirmaram que o protocolo de levantamento de dados e DE mostrou-se um instrumento eficaz, facilitou o relacionamento entre a enfermeira e a gestante, a identificação, controle e prevenção da anemia e proporcionou o planejamento de intervenções de enfermagem individualizadas. E que a enfermeira obstetra como membro atuante no pré-natal deve contribuir efetivamente para a prevenção e tratamento da anemia na gestação. De modo a diminuir a mortalidade perinatal associada a anemia na gestação e da morte materna.	

**Quadro 18-** Apresentação da síntese do artigo 14 da revisão integrativa. Fortaleza, 2012.

<b>Nome da pesquisa</b>	<b>Autores</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Detalhamento metodológico</b>	<b>Detalhamento amostral</b>
Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de orem: estudo de caso com uma adolescente grávida	Torres, GV Davim, RMB Nóbrega, MML	Publicação de enfermagem geral  Revista latino-americana de enfermagem, 1999	Descritivo com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso ICD: roteiro de entrevista fundamentado e adaptado à teoria do autocuidado de Orem Não descreve análise Não usou método de raciocínio diagnóstico Não descreve inferência dos DE Taxonomia NANDA-I	1 gestante Ambulatório de uma maternidade –escola na cidade de Natal-RN Seleção aleatória simples
<b>Diagnósticos de enfermagem encontrados</b>			<b>Recomendações/ Conclusões</b>	
<p>Padrão de resposta humana ESCOLHER</p> <p>Adaptação prejudicada relacionado ao sistema de suporte inadequado</p> <p>Distúrbio do padrão de sono relacionado a alterações sensoriais internas</p> <p>Processo familiar alterado relacionado à situação de transição</p>			<p>Uso da teoria é um instrumento válido</p> <p>O PE nos deu subsídios para a aplicação sistemática dessa assistência fazendo-se mudanças necessárias ao plano de cuidados da mesma</p> <p>Os DE encontrados foram adaptação prejudicada, distúrbio do padrão de sono e processo familiar alterado.</p> <p>O DE não pode ser uma fase isolada de todo o processo assistencial, mas deve ser utilizado com o objetivo de direcionar a ação de enfermagem.</p> <p>A incorporação dos DE permitiu confirmar que a assistência a uma adolescente grávida não pode ser voltada somente para o aspecto biológico, mas também, para o social e o psicológico.</p> <p>Necessidade de outros estudos junto a adolescentes grávidas para a definição de um perfil diagnóstico, a fim de subsidiar a assistência de enfermagem sistematizada e fundamentada cientificamente.</p>	

**APÊNDICE D - Estudos incluídos na revisão integrativa**

ALVES, V. M. *et al.* Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de atenção à saúde. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 70-75, 2006.

ARCANJO, Z. *et al.* Diagnósticos de enfermagem referentes ao sono e repouso de gestantes. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 14, n.3, p. 378-384, 2006.

BARROS, S. M. O.; COSTA, C. A. R. Consulta de enfermagem a gestantes com anemia ferropiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 7, n. 4, p. 105-111, 1999.

FARIAS, M. C. A. D.; NÓBREGA, M. M. L. Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseado na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso. **Revista Latino Americana De Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 59-67, 2000.

FREITAS, S. L. F. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em gestantes com vulvovaginite. **Revista Nursing**, v.13, n. 150, p. 592-596, 2010.

GOUVEIA, H. G.; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 175-182, 2004.

KARAN, P. M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem e intervenções a gestantes admitidas em uma unidade de saúde da família. **Revista Nursing**, v. 10, n.116, p. 36-44, 2008.

LACAVA, R. M. V. B.; BARROS, S. M. O. Diagnósticos de enfermagem na assistência às gestantes. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 9-19, 2004.

MOURA, E. R. F.; LINARD, A. G.; ARAÚJO, T. L. Diagnóstico de enfermagem em gestante: estudo de caso. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 129-135, 2004.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M. Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n.6, p. 659-664, 2005.

REINERS, A. A. O. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em gestantes hipertensas. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 233-238, 2009.

SANTOS, Z. M. S. A. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em gestantes com DHEG: estudo de caso. **Revista Nursing**, v. 109, n. 10, p. 263-269, 2007.

TORRES, G. V.; DAVIM, R. M. B.; NÓBREGA, M. M. L. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 47-53, 2009.

VAZ, M. J. R.; BARROS, S. M. O. Gestantes infectadas pelo HIV - caracterização e diagnósticos de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 15, n. 32, p. 9-17, 2002.