

INDICADORES CLÍNICOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO ESTADO NUTRICIONAL

NURSING DIAGNOSIS CLINICAL INDICATORS RELATED TO THE NUTRITIONAL STATE

*INDICADORES CLÍNICOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS AL
ESTADO NUTRICIONAL*

ADRIANA LIMA DE SALES¹

MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA LOPES²

A avaliação do estado nutricional é um procedimento complexo, sobretudo no nordeste brasileiro onde predominam duas realidades distintas: a desnutrição e o sobrepeso/obesidade. Esta situação complica-se quando nos reportamos para gestantes, quando a qualidade das consultas de pré-natal realizadas por enfermeiros é de grande importância. O objetivo do estudo foi analisar os indicadores clínicos contidos nos registros de enfermagem de gestantes que apresentaram os diagnósticos de enfermagem nutrição desequilibrada que realizaram o pré-natal num Centro de Parto Natural. Foram avaliados 116 prontuários dos quais encontramos 90 registros dos diagnósticos em questão. Os resultados demonstraram que os acadêmicos e profissionais utilizaram inadequadamente a taxonomia da NANDA, construindo os diagnósticos de forma inacurada, deixando de utilizar características consideradas importantes. Conclui-se que existe a necessidade de maior atenção ao registro das características definidoras destes diagnósticos.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico de enfermagem; Fisiologia da Nutrição Materna; Avaliação nutricional.

The nutritional status evaluation is a complex procedure, mainly in the northeast of Brazil where two distinct realities are predominant: The malnutrition and the overweight / obesity. This situation is complicated when it comes to pregnancy, where the quality of prenatal consultations performed by nurses has a great importance. The main goal of this study was to analyze the clinical indicators contained in the nursing records of the pregnant women that presented the nursing diagnoses of unbalanced nutrition and performed the prenatal in a Center of Natural Childbirth. 116 Records were evaluated and among them we found 90 diagnosis records at issue. The results demonstrated that the academic and professionals used inadequately the NANDA taxonomy building diagnosis inaccurately, leaving out characteristics which are considered important. We may so conclude that there is the need to increase attention to the records of the defined characteristics of such diagnosis.

KEYWORDS: Nursing diagnosis; Maternal nutrition physiology; Nutrition assessment.

La evaluación del estado nutricional es un procedimiento complejo, sobre todo en el nordeste brasileño donde preponderan dos realidades distintas: la desnutrición y el sobrepeso / obesidad. Esta situación se complica cuando citamos embarazadas, donde la calidad de las consultas de prenatal realizadas por enfermeros es de gran importancia. El objetivo del estudio fue analizar los indicadores clínicos contenidos en los registros de enfermería, de embarazadas que presentaron los diagnósticos de enfermería nutrición desequilibrada y que realizaron el prenatal en un Centro de Parto Natural. Se evaluaron 116 prontuarios, en los que se encontraron 90 registros de los diagnósticos en cuestión. Los resultados demostraron que los académicos y profesionales utilizaron inadecuadamente la taxonomía de la NANDA, construyendo los diagnósticos de forma incorrecta, dejando de utilizar características consideradas importantes. Se concluye que es necesario prestar más atención al registro de las características determinantes de estos diagnósticos.

PALABRAS CLAVE: Diagnostico de enfermería; Fisiología de la nutrición materna; evaluación nutricional.

¹ Graduada em enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Endereço: Rua Alexandre Barauna, 1115, Rodolfo Teófilo. Fortaleza – Ceará. CEP:60430-160. E-mail: adriana_lima2@hotmail.com.

² Doutor em Enfermagem.. Universidade Federal do Ceará. Endereço: Rua Esperanto, 1055, Vila União. Fortaleza – Ceará. CEP 60410-620. E-mail: marcos@ufc.br

INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem surgiu como um ordenador da assistência realizada pela equipe de enfermagem, composto por fases inter-relacionadas: histórico de enfermagem, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, utilizando o método científico.

A responsabilidade do cuidar em enfermagem exige do enfermeiro que as decisões sobre as intervenções propostas sejam fundamentadas na avaliação do estado de saúde do indivíduo¹. Essa avaliação requer que se adote o diagnóstico de enfermagem como referência, tendo em vista que nessa fase são analisados e interpretados dados do usuário, e porque permitem ao profissional chegar a conclusões das necessidades, problemas, preocupações e reações humanas do cliente, além de proporcionar maior aproximação entre ambos. A classificação dos fenômenos pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), e que vem sendo adotada pelos enfermeiros brasileiros, facilitou a incorporação da etapa diagnóstica e tem servido de guia para a sistematização do cuidado de enfermagem. Anteriormente, eram poucas as discussões em torno desta questão e a implementação de uma assistência que incorporava as etapas do método científico ficava prejudicada².

Cada fenômeno constante da taxonomia da NANDA é previamente definido. Tem suas características definidoras e fatores relacionados descritos, o que facilita o trabalho do enfermeiro nas consultas de enfermagem. Atualmente, a taxonomia da NANDA está subdividida em 13 domínios: promoção da saúde, nutrição, eliminação, atividade/repouso, percepção/ cognição, autopercepção, relacionamentos de papel, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios de vida, segurança/proteção, conforto e crescimento/ desenvolvimento².

Especificamente o domínio Nutrição inclui fenômenos relacionados às atividades de ingerir, assimilar e utilizar nutrientes para fins de manutenção dos tecidos, reparação de tecidos e produção de energia. Este domínio subdivide-se em 5 classes: ingestão, digestão, absorção, metabolismo e hidratação. A classe ingestão, por sua vez inclui os diagnósticos de padrão ineficaz de alimentação infantil, deglutição prejudicada, nutrição desequilibrada

mais do que as necessidades corporais, nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais e risco de nutrição desequilibrada mais do que as necessidades². Dentre estes diagnósticos, o desequilíbrio nutricional, seja ele para menos ou para mais, é de especial interesse na qualidade de vida das pessoas. Todavia, nem sempre estas se alimentam saudavelmente, quer seja por hábitos culturais ou pela condição econômica desfavorável, o que leva a uma nutrição alterada. A esse respeito diz-se que o desequilíbrio ocorre quando há excesso nutricional (suprimento maior do que a demanda) ou subnutrição (demanda maior que o suprimento)³.

Observa-se que os indicadores mais utilizados na avaliação do estado nutricional de uma pessoa são a estatura, o peso e o índice de massa corporal (IMC). Atualmente, a classificação mais aceita do estado do peso é o IMC. Ele é usado como instrumento de medida da obesidade e da desnutrição protéico-calórica, ou como um indicador do nível de risco para a saúde. Todas as medidas que estiverem fora da variação normal indicam que o cliente apresenta maior risco para sua saúde e as necessidades nutricionais destes clientes devem ser abordadas de maneira apropriada³.

Alterações nutricionais podem ocorrer em diversas situações. Dentre estas situações, destaca-se a gravidez por ser uma etapa de aumento das necessidades metabólicas da mulher. Avaliar o aumento do peso durante a gestação faz-se necessário para identificar as gestantes com déficit nutricional ou sobrepeso, no início da gravidez; detectar as gestantes com ganho de peso menor ou excessivo para a idade gestacional, em função do estado nutricional prévio; permitir, a partir da identificação oportuna das gestantes de risco, orientação para as condutas adequadas a cada caso, visando melhorar o estado nutricional materno, suas condições para o parto e o peso do recém-nascido⁴.

Alguns estudos observacionais mostram que a obesidade está associada a uma maior frequência de distocias, diabetes e hipertensão e a um risco maior de cesariana. Por outro lado, foi descrito na gestação com baixo peso um risco maior de parto prematuro⁵. Resultados perinatais adversos têm sido associados com peso materno pré-gravídico insuficiente, baixa estatura da mãe e aumento de peso insuficiente ou excessivo durante a gravidez⁴. Nessas condições faz-se necessário um acompanhamento rigoroso

do peso e avaliação deste em relação à idade gestacional (IG), para que posteriormente não haja maiores dificuldades na gestação com complicações perinatais o que causaria um dispêndio desnecessário à saúde pública, já que se trata de um dano prevenível.

A variação do peso durante a gravidez é grande, oscilando entre 6 e 16 kg até o final da gestação, sendo que o aumento máximo se dá entre a 12^a e a 24^a semana de amenorréia. O aumento excessivo de peso materno predispõe à macrosomia fetal, e o aumento insuficiente está associado ao crescimento intra-uterino retardado ⁴.

Deve-se suspeitar de desnutrição materna quando o aumento de peso for inferior ao percentil 25 ou o peso para altura for menor que o percentil 10 dos padrões conhecidos para avaliação do estado nutricional adequado para gestantes. Se algum valor for maior que o percentil 90 do seu padrão, deve-se suspeitar de excesso de ingestão ou de retenção hídrica ⁴.

Os termos crescimento e desenvolvimento referem-se às mudanças que ocorrem no complexo fisiológico durante a concepção, embriogênese e toda a vida fetal. O ambiente materno é decisivo para o crescimento e o desenvolvimento fetal, podendo influenciá-los positiva ou negativamente. Dentre os principais fatores de risco que afetam o crescimento fetal destacam-se: primíparas com idade superior a 35 anos, adolescente gestante, baixa escolaridade e renda, história de problemas obstétricos, deficiência nutricional, patologias diversas e dependência química. Quanto aos efeitos de risco ou proteção da prática de atividade física durante a gestação sobre o crescimento fetal, existem controvérsias. Encontra-se relato de peso normal, baixo peso e aumento de peso, porém sabe-se que os benefícios da prática de atividades físicas durante a gestação são diversos e atingem diferentes áreas do organismo materno. O exercício reduz e previne as lombalgias, reduz o estresse cardiovascular, diminui a pressão arterial, previne trombozes e varizes e auxilia na redução do risco de diabetes gestacional ⁶.

Alterações do estado nutricional na gestação estão relacionados à ocorrência de complicações durante a gravidez. Por essa razão decidiu-se investigar a acurácia dos diagnósticos de enfermagem: Nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais e Nutrição desequilibrada

menos que as necessidades corporais, a partir dos registros dos profissionais e acadêmicos de enfermagem que realizam as consultas de pré-natal em um Centro de Parto Natural da cidade de Fortaleza – Ceará.

Desta forma, considera-se que a adequada avaliação do estado nutricional de gestantes pode contribuir para minimizar problemas decorrentes de um estado nutricional inadequado. Assim, o objetivo proposto para o estudo incluiu analisar os indicadores clínicos contidos nos registros de enfermagem de gestantes que apresentaram os diagnósticos de enfermagem nutrição desequilibrada que realizaram o pré-natal no referido Centro de Parto Natural.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental para avaliação dos diagnósticos de enfermagem de nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais e nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais por meio dos prontuários de um Centro de Parto Natural da cidade de Fortaleza – Ceará. Pesquisa documental assemelha-se com a pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza, fundamentalmente, das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam, ainda, tratamento analítico, ou que ainda poderão ser reelaborados de acordo com objetivos da pesquisa ⁷.

A população do estudo foi constituída por 208 prontuários das gestantes que realizaram pré-natal no local selecionado para o estudo. A amostra compôs-se de 116 prontuários nos quais foram registrados, pelo menos uma vez, um dos diagnósticos em questão. Como critérios de exclusão foram considerados: os prontuários que apresentaram registros considerados ilegíveis e os que se encontravam no arquivo morto do local.

O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se a fórmula a seguir, para população finita: $n = (Z^2 \times P \times Q \times N) / [E^2(N-1) + Z^2 \times P \times Q]$, onde n = Tamanho da amostra; Z = Coeficiente de confiança de 95% (Z = 1,96); P = Prevalência (P = 10%); Q = Complementar da prevalência (Q = 90%); E = Erro amostral (E = 5%). Assim, o tamanho inicial da amostra foi calculado em 84.

Adotou-se uma prevalência de 10%, tendo em vista um estudo realizado no próprio Centro de Parto Natural para desenvolvimento de um guia de conduta em pré-natal⁸. Prevendo-se prováveis ausências de informações, acrescentou-se uma margem de 15% a esse tamanho de amostra, passando “n” final a um valor de 116 prontuários, que foram selecionados aleatoriamente.

O estudo foi realizado num Centro de Parto Natural situado na cidade de Fortaleza – Ceará, o qual é campo de estágio curricular dos acadêmicos de enfermagem do 6º e 8º semestres da Universidade Federal do Ceará, onde são prestados serviços de assistência pré-natal de baixo risco por enfermeiros e por esses acadêmicos auxiliados pelos profissionais e assistência à saúde da mulher por meio de consultas ginecológicas, tendo por abrangência as comunidades do Planalto Pici, Parque Universitário e João Paulo Pinheiro.

Atualmente este Centro atende cerca de 200 gestantes, que espontaneamente, freqüentam a casa de parto anexa a uma unidade de atendimento comunitário da Universidade Federal do Ceará. Sua estrutura física é composta por recepção, sala para educação em saúde, sala de convivência, sala administrativa, repouso do plantonista, sala para material de limpeza, expurgo, lavanderia, posto de enfermagem, sala para acomodação de recém-nascido, sala de exame e admissão, salas de pré-parto, parto e pós-parto e sala de relaxamento com hidroterapia.

Uma ficha foi utilizada como instrumento de coleta de dados, constando de informações contempladas pela ficha perinatal, pelas características definidoras contidas no histórico da consulta e no próprio diagnóstico, segundo a taxonomia de diagnósticos NANDA, utilizadas pelo profissional.

As variáveis que compuseram o instrumento de coleta de dados da pesquisa incluíam: dados pessoais (número do prontuário, idade, escolaridade, profissão e estado civil); dados da história obstétrica anterior e atual (números de gestações, de abortos e de paridade, idade gestacional e altura uterina); medidas antropométricas (peso, altura e índice de massa corpórea); prática de exercício físico; e características definidoras dos diagnósticos em questão.

Foram avaliadas somente as características definidoras, no estado de nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais: dobra da pele do tríceps

> 25mm em mulheres; peso 20% acima do ideal para a altura e a compleição; comer em resposta a sugestões externas (p. ex., hora do dia, situação social); comer em resposta a sugestões internas além da fome (p. ex., ansiedade); padrão alimentação disfuncional relatado ou observado (p. ex. associa comida com outras atividades); nível de atividade sedentário e ingestão de alimentos concentrada no final do dia. No estado de nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais foram avaliados: peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal; relato de ingestão inadequada de comida, menor que a PDR (porção recomendada diária); membranas conjuntivas e mucosas pálidas, fraqueza dos músculos necessários à deglutição ou à mastigação; cavidade bucal ferida, inflamada; saciedade imediatamente após a ingestão de comida; relato ou evidência de falta de comida; relato de sensação de sabor alterado; incapacidade percebida de ingerir comida; conceitos errados; perda de peso com ingestão adequada de comida; aversão a comer; cólicas abdominais; tônus muscular enfraquecido; dor abdominal com ou sem patologia; falta de interesse por comida; fragilidade capilar; diarreia e/ou esteatorréia; perda excessiva de cabelos; ruídos hidroaéreos intestinais hiperativos; falta de informação, informação incorreta.

A coleta de dados foi realizada nos prontuários das clientes em maio de 2007. Os dados foram organizados em tabelas com indicação de freqüências absolutas e percentuais. Os dados foram avaliados estatisticamente quanto ao número e tipo de características definidoras identificadas nas consultas.

A proposta de estudo foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, procurando atender aos aspectos contidos na resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde⁹. Tratando-se de uma pesquisa documental com prontuários de seres humanos, fez-se desnecessário o esclarecimento dos objetivos e a prévia autorização dos participantes. As informações obtidas somente foram utilizadas para o desenvolvimento do estudo, sendo assim, garantido o anonimato dos colaboradores. O projeto recebeu parecer favorável por meio do número de protocolo 49/07, na reunião do dia 22 de março de 2007, para sua devida execução.

RESULTADOS

Encontrou-se o seguinte perfil: grande parte (52,2%) das gestantes tem escolaridade até o ensino fundamental incompleto e está sem ocupação profissional (83,3%), o que pode influenciar na aquisição de alimentos considerados saudáveis. Apesar de 56,7% referirem uma união estável, elas encontram-se na maioria das vezes em atrito com o companheiro, o que causa desestabilização emocional repercutindo na gravidez.

Com relação à faixa etária constatou-se que elas têm em média 22 anos (\pm 6,8) de idade. Dentro deste grupo encontram-se as adolescentes atendidas no Centro de Parto Natural (CPN) no percentual de 47% dos prontuários analisados, sendo que esta é uma faixa de risco gestacional.

Com relação aos dados clínicos, a atividade física inadequada foi identificada em 60% das gestantes, o que foi considerado fator de risco importante para a saúde, além da classificação do índice de massa corporal (IMC) ter revelado um resultado alarmante, pois 35,6% das clientes estavam com baixo peso, contudo 74,4% apresentaram uma altura uterina (AU) entre o percentil 10 e 90 o que é considerado normal, significando um desenvolvimento satisfatório do feto em relação à idade gestacional (IG).

A média de clientes que realizaram o pré-natal no CPN foi de 2,62, o que nos dias atuais é considerado moderado. Vale ressaltar a presença de uma gestante na 11ª gestação, com 10 partos e nenhum aborto podendo significar um planejamento familiar inadequado na comunidade adscrita. As demais gestantes tiveram, em média, 1,31 parto. Os abortos ficaram por volta de 0,31, sendo considerado baixo e de causa espontânea, apesar de ter havido relatos de abortos provocados. Relacionando as médias do peso, da altura e do IMC com a da IG, encontramos padrões adequados no gráfico de acompanhamento nutricional da gestante, porém não significa que todas estejam dentro dele o que já foi dito anteriormente.

Na análise dos resultados das características definidoras para se chegar a um diagnóstico de nutrição

desequilibrada, 15 delas não foram, sequer, mencionadas, dentre estas: dobra da pele do tríceps, comer em resposta a sugestões externas, comer em resposta a sugestões internas além da fome, fraqueza dos músculos necessário à deglutição ou à mastigação, cavidade bucal ferida, saciedade imediata após ingestão de comida, relato de sabor alterado, perda de peso com ingestão adequada de comida, cólicas abdominais, tônus muscular enfraquecido, dor abdominal com ou sem patologia, fragilidade capilar, diarréia e/ou esteatorréia, perda excessiva de cabelos e ruídos intestinais hiperativos. As características definidoras identificadas nos registros de enfermagem estão apresentadas na Tabela 1.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DOS DIAGNÓSTICOS “NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA MAIS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS” E “NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS”. FORTALEZA, 2007

Diagnóstico de enfermagem	Características Definidoras	Nº	%
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	1. Peso acima 20%	20	22,2
	2. Padrão disfuncional	1	1,1
	3. Sedentarismo	4	4,4
	4. Ingestão no fim do dia	1	1,1
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	1. Peso 20% abaixo	28	31,1
	2. Ingestão inadequada	43	47,8
	3. Membranas e mucosas hipocoradas	6	6,7
	4. Falta de comida	6	6,7
	5. Incapacidade de ingestão	12	13,3
	6. Conceitos errados	15	16,7
	7. Aversão a comer	6	6,7
	8. Falta de interesse por comida	22	24,4
	9. Falta de informação	4	4,4

Ressalta-se que, para se chegar a um diagnóstico de nutrição desequilibrada um dos principais dados clínicos são as medidas antropométricas, que incluem peso, altura, IMC e dobra da pele do tríceps as quais foram mencionadas pouquíssimas vezes ou mesmo não referidas de forma nenhuma no histórico ou no próprio diagnóstico.

A característica definidora mais frequentemente mencionada nas consultas foi a ingestão inadequada de comida, menor que o Padrão Diário Recomendado, enquadrada no diagnóstico de nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais. Todavia, nem sempre essa característica foi usada, sendo muitas vezes relatada como fator relacionado à nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais.

DISCUSSÃO

Os dados de alterações nutricionais encontrados nesta pesquisa assemelham-se aos encontrados no estudo descrito com dados de 240 gestantes de baixo risco obstétrico coletadas para um ensaio clínico em Recife-PE, no qual 25,4% tinham baixo peso pré-gestacional e 26,2% tinham sobrepeso ou eram obesas persistindo durante toda a gravidez¹⁰. Sendo estes dados encontrados na região Nordeste, confirma-se a situação de transição nutricional que o povo vive, caracterizada por tendências opostas: o declínio da desnutrição (35,6%) e, ao mesmo tempo, ascensão do sobrepeso/obesidade (27,8%).

Comparando-se estes estudos com um outro realizado em Viçosa – MG, região Sudeste, onde 41,3% de gestantes encontravam-se com estado nutricional pré-gestacional inadequado, das quais 25,7% com baixo peso e 17,4% com sobrepeso ou obesidade; tendo a maioria delas um ganho de peso inadequado durante toda a gestação. Além disso, identificou-se uma frequência moderada de baixo peso dos recém-nascidos ou com peso insuficiente, 8,9% e 28,6%, respectivamente. Nesse estudo as variáveis antropométricas (peso pré-gestacional, estatura, índice de massa corporal pré-gestacional e ganho de peso total) indicaram associação estatisticamente significativa com o peso ao nascer¹¹. Assim, regiões consideradas desenvolvidas como a Sudeste apresentaram situação semelhante às subdesenvolvidas num mesmo país, o que sugere a hipótese de padrão alimentar com baixo valor nutritivo.

Chama a atenção as duas vertentes de preocupação: a prevalência elevada no ganho de peso acima das recomendações que parece ser uma tendência mundial e a alta frequência de ganho de peso excessivo em nossa região, quando comparado com outras regiões do país. Isso poderia estar refletindo nas mudanças que estão ocorrendo no padrão alimentar, sendo atualmente, a dieta rica em gorduras, particularmente de origem animal, açúcar e alimentos refinados, e reduzida em carboidratos complexos e fibras¹⁰.

Além disso, a pesquisa acima referida relatou baixa escolaridade das gestantes (52,2% só tinham o ensino fundamental incompleto) e falta de ocupação profissional (83,3%). No estudo realizado em Recife, o ganho de peso semanal excessivo foi significativamente associado à esco-

laridade baixa (menor que oito anos de estudo), após o controle das variáveis pela regressão logística. Considerando que o nível de escolaridade reflete a situação sócio-econômica de maneira muito próxima, poder-se-ia cogitar que as gestantes de menor poder aquisitivo, dentro desta população, teriam também menos acesso aos alimentos em termos quantitativos, todavia consumiriam alimentos mais calóricos, por serem mais baratos¹⁰. Dessa forma, pode-se chegar à conclusão que um maior nível de instrução e poder aquisitivo auxiliam num melhor estado nutricional.

Na hipótese de desvio da normalidade, deve-se identificar a natureza e a magnitude do agravo nutricional e, com isso, mudar o paradigma atual que avalia o estado nutricional da gestante pelo “peso ao nascer”. Por sua vez, isso poderá contribuir tanto para a recuperação nutricional de gestantes desnutridas como para o controle do ganho de peso nas gestantes com sobrepeso/obesidade com o objetivo final de colaborar para redução das complicações perinatais, das taxas de partos operatórios, da retenção de peso após o parto, bem como suas conseqüências em longo prazo tanto para o lado materno quanto fetal¹⁰.

Vem daí a importância de avaliar o estado nutricional durante toda a gestação e sendo os diagnósticos de enfermagem, adequadamente identificados, ferramentas preciosas para o enfermeiro na intervenção de possíveis alterações. Dentre os diagnósticos de enfermagem relacionados ao estado nutricional, encontramos a nutrição desequilibrada para mais ou para menos do que as necessidades corporais. Especificamente no presente estudo, a característica definidora mais mencionada nos diagnósticos selecionados foi o relato de ingestão inadequada de comida, menor que o padrão diário recomendado (PDR) com 47,8%. Isto demonstrou a má qualidade dos alimentos e quantidade inadequada ingerida pelas gestantes.

Em segundo lugar, com 31,1% de aparecimento dentre as características mais apontadas, encontramos o peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal, o que nos remonta ao baixo nível sócio-econômico das clientes em questão, confirmando assim o perfil nutricional da região. Em contrapartida, encontramos em quarto lugar a característica de peso 20% acima do ideal para a altura e a compleição com 22,2%, perdendo somente para falta de interesse por comida que teve 24,4%, revelando uma nova realidade

no estado nutricional vigente, embora não deixando de ser preocupante já que o sobrepeso e a obesidade também causam complicações para a gestante e feto.

Apesar das porcentagens das características definidoras de peso corporal 20% acima do ideal para a altura e a compleição e peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal terem ficado entre as mais mencionadas, ressaltamos que os índices de massa corporal (IMC) não foram registrados pelos profissionais que realizaram as consultas, sendo este cálculo feito e avaliado pelo pesquisador, segundo o cartão da gestante do Ministério da Saúde (MS).

Além das características que mais foram apontadas para definição dos diagnósticos em questão, existiram as que não foram referidas em momento nenhum como dobra da pele do tríceps >25 mm em mulheres, causando uma inadequação na construção destes. Tendo a NANDA como objetivo principal o direcionamento da padronização de linguagem dos diagnósticos, ou seja, estabelecer um acordo sobre regras para utilização de determinados termos, estas devem ser respeitadas e seguidas para poderemos constituirlos na sua melhor essência ¹.

Outra característica importante é o nível de atividade sedentário em gestantes para contribuição de um desenvolvimento fetal satisfatório. Este foi avaliado no presente estudo considerando o tipo de atividade física realizada pelas clientes, através da classificação como adequada ou inadequada. Dentre estas alternativas identificou-se que 60% das gestantes realizavam atividade física inadequada como: trabalhos domésticos pesados ou em posições prejudiciais, e somente 6,7% delas realizavam caminhadas ou outra atividade considerada adequada.

Numa revisão sobre a atividade física de gestantes observou-se que aquelas que se exercitaram durante todos os três trimestres da gestação, tenderam a ter bebês com peso maior do que aquelas que eram sedentárias ou que iniciaram atividade física somente no segundo ou no terceiro trimestre. Esse estudo de coorte incluiu 800 gestantes sob assistência pré-natal. Para a análise, os autores, subdividiram o grupo em três subgrupos: praticantes com intensidade leve/moderada, praticantes com intensidade alta e não praticantes de atividade física. Ajustando os dados por idade gestacional e peso ao nascer, o condicionamento físico anterior à gestação foi altamente relevante para o

bom crescimento fetal, tendo em vista que o grupo de gestantes que praticaram exercícios de intensidade alta apresentou aumento de peso fetal em torno de 300 gramas, enquanto naquelas que não praticaram atividade física, o aumento de peso foi próximo de 100 gramas ⁶.

Embora não haja um consenso no tipo de atividade física ideal que deve ser praticada por gestantes, sabe-se que a realização da mesma regularmente, moderada e orientada pode produzir efeitos benéficos tanto para saúde da gestante quanto para a do feto ⁶.

A atual versão da NANDA apresenta estrutura taxonômica pouco parecida com sua proposta inicial. Entretanto, reduziu os erros de classificação e redundâncias a valores muito próximos de zero, o que é uma condição altamente desejável para uma estrutura taxonômica ¹. Tendo esta característica, a nova taxonomia (II) assegura aos profissionais que a utilizam uma confiabilidade maior permitindo também que estes formulem um diagnóstico mais completo ou pelo menos próximo de um padrão desejável, o que parece não ter sido alcançado no CPN onde o presente estudo foi desenvolvido.

A estrutura aceita para substituir a classificação pautada nos Padrões de Respostas Humanas (Taxonomia I) continha domínios e classes. Assim, na Taxonomia II, cada domínio é composto por classes e cada classe é composta por conceitos diagnósticos ¹.

Frente à classificação segundo Padrões de Respostas Humanas, a Taxonomia II apresenta termos cujos significados nos são mais familiares – fazem parte da enfermagem tradicional e contemporânea, e talvez sejam mais efetivos para a comunicação com outros profissionais, com o próprio cliente e com instâncias de planejamento dos serviços de saúde ¹. Tendo o estudo encontrado resultados negativos em relação à adequação da coleta de dados e o processo de raciocínio diagnóstico, considera-se que as informações contidas nos prontuários para consultas subseqüentes necessitam ser revisadas. Além disso, constatou-se que os profissionais que realizaram as consultas verificadas apresentavam dúvidas em relação à diferença entre característica definidora e fator relacionado, pois com certa frequência mencionavam uma característica definidora como fator relacionado, sendo este por sua vez não referido nos diagnósticos.

Conforme a NANDA, o cuidado de saúde mundial, onde os sistemas de saúde estão inseridos, deve ultrapassar fronteiras, limites de espaço, tempo e tecnologia; justificando tal classificação por razões de padronizar a nomenclatura dos diagnósticos de enfermagem; expandir o conhecimento de enfermagem mediante a vinculação entre os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem; determinar a relação custo-eficácia, eficiência e qualidade do cuidado em enfermagem ¹.

CONCLUSÃO

A qualidade da consulta de pré-natal é fundamental para uma gestação sem complicações e para que caso estas aconteçam, possam ser resolvidas precocemente. Daí surgiu a curiosidade em pesquisar como os profissionais e acadêmicos de enfermagem de um centro de parto natural utilizam a taxonomia da NANDA para diagnosticar a nutrição desequilibrada, um dos fatores principais a serem analisados na gravidez.

Conclui-se, a partir desse estudo, que os acadêmicos de enfermagem que estagiam no Centro de Parto Natural onde este estudo foi desenvolvido não inferem de maneira adequada os diagnósticos de nutrição desequilibrada mais que as necessidades e de nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais, mostrando, assim, uma dificuldade na identificação correta de um importante fenômeno a ser trabalhado no atendimento de pré-natal, já que os estagiários são acompanhados pelos profissionais do CPN.

Foram identificadas 13 características definidoras dos diagnósticos registrados nos prontuários, embora 15 não tenham sido referidas em momento algum. Observou-se que a redação dos diagnósticos foi feita de forma inadequada, confundindo muitas vezes as características definidoras com os fatores relacionados, e estes nem sempre foram mencionados. Identificou-se o uso de termos coloquiais como: “come muito pão”, “excesso de açúcar”, “reduziu o consumo de pão, só que continua comendo muito macarrão, biscoito e refrigerante” que empobrece o registro, além de repercutir, negativamente, na análise detalhada de uma descrição semiológica correta. Essa dificuldade de registro pode também ser apontada como um dos fatores que limitaram a generalização dos dados deste estudo.

As características definidoras mais referidas foram: relato de ingestão inadequada de comida, menor que o padrão diário recomendado, falta de interesse por comida, peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal e peso 20% acima do ideal para a altura e compleição, apesar dos registros não contemplarem tais informações sobre a comparação de peso ou índice de massa corporal (IMC) com idade gestacional.

Finalizando recomenda-se que para o adequado registro dos diagnósticos de enfermagem, os profissionais adotem uma taxonomia oficial que embase sua prática apropriadamente. Quiçá um treinamento sobre a taxonomia da NANDA seja útil para suprir as lacunas identificadas no registro dos prontuários, levantados nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Braga CG, Cruz DALM. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Rev. Latinoam. Enferm* 2003; 11(2):240-4.
2. NANDA. *Diagnóstico de Enfermagem: definições e classificações*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
3. Consendey CH, Gomes IL, Valejo MA, Jacobson RGS. *Semiologia: bases para a prática assistencial*. Rio de Janeiro: Editora LAB; 2006.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas de Estratégias. *Saúde da mulher: manual técnico de acompanhamento de gestação de alto risco*. Brasília; 2000.
5. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
6. Batista DC, Chiara VL, Gugelmin AS, Martins PD. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. *Rev Bras Saude Matern Infant.*, 2003; 3(2):151-8.
7. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1991.
8. Martinho, NJ. *Guia de conduta em pré-natal: desenvolvimento de tecnologia em enfermagem a luz da CIPE versão alfa*. [dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2005.

9. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução no 196/96. Decreto no 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996 julho; 4(2):15-25.
10. Andreto LM, Souza AI, Figueiroa JN, Cabral JEF. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(11):2401-9.
11. Rocha DS, Pereira MN, Priore SE, Lima NMM, Rosado LEFPL, Franceschini SCC. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. *Rev Nutr* 2005; 18(4):481-9.

RECEBIDO: 27/08/2007

ACEITO: 04/03/2008