

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS PREVALENTES EM GESTANTES DE ALTO RISCO

Priscila Alvarenga Teles¹, Elisiany Mello Costa, Marislei Sanches Panobianco, Thais de Oliveira Gozzo, Tatiana da Silva Vaz Paterra, Larissa Clara Nunes

Objetivo: identificar os diagnósticos de enfermagem em um centro de referência de gestação de alto risco. **Metodologia:** estudo descritivo e retrospectivo com coleta de informações em 200 prontuários de gestantes atendidas entre 2014 e 2015 em um centro de referência secundária. Foi aplicado um instrumento de coleta buscando dados demográficos, motivos de encaminhamento e diagnósticos de enfermagem. **Resultados:** os diagnósticos mais prevalentes foram: conforto prejudicado (60%), risco de infecção (36%) e manutenção ineficaz da saúde (29,5%). Ressalta-se o grande número de gestantes sem um companheiro (48,5%). As condições que mais motivaram encaminhamento foram o histórico e a apresentação atual das Síndromes Hipertensivas da Gestação (19%). **Conclusão:** estes dados podem direcionar a implementação da Sistematização de Assistência de Enfermagem, visando uma assistência de enfermagem mais eficiente e eficaz, interferindo de forma positiva no desfecho da gestação de alto risco.

Descritores: Gravidez de Alto Risco; Cuidados de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.

THE MOST PREVALENT NURSING DIAGNOSIS IN HIGH RISK PREGNANT WOMEN

Objective: to identify the nursing diagnoses in a high risk pregnancy reference center. **Methodology:** descriptive retrospective study with collecting information through 200 medical records of patients treated in the period between 2014 and 2015 in a high risk pregnancy reference center. A data collection instrument was used, seeking demographic information, referral reasons and nursing diagnoses. **Results:** The most prevalent diagnoses found are impaired comfort (60%), risk for infection (36%) and ineffective self-health management (29,5%). Note the large number of pregnant women without a partner (48,5%). The most referrals reasons were motivated by historical and current presentation of pregnancy hypertensive syndromes (19%). **Conclusion:** this data can direct the implementation of Nursing Care Systematization, for a more efficient and effective nursing care interfering positively in the outcome of the high risk pregnancy.

Descriptors: High-Risk Pregnancy; Nursing Care; Nursing Diagnosis.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS PREVALENTES EN GESTANTES DE ALTO RIESGO

Objetivo: identificar los diagnósticos de enfermería en un centro de referencia de gestación de alto riesgo. **Metodología:** estudio descriptivo y retrospectivo con recolección de informaciones en 200 prontuarios de gestantes atendidas entre 2014 y 2015 en un centro de referencia secundaria. Se aplicó un instrumento de recolección buscando datos demográficos, motivos de encaminhamento y diagnósticos de enfermería. **Resultados:** los diagnósticos más prevalentes fueron: comodidad perjudicada (60%), riesgo de infección (36%) y mantenimiento ineficaz de la salud (29,5%). Se resalta el gran número de gestantes sin un compañero (48,5%). Las condiciones que más motivaron encaminhamento fueron el histórico y la presentación actual de los Síndromes Hipertensivos de la Gestación (19%). **Conclusión:** estos datos pueden direccionar la implementación de la Sistematización de Asistencia de Enfermería, buscando una asistencia de enfermería más eficiente y eficaz, interfiriendo de forma positiva en el desenlace de la gestación de alto riesgo.

Descriptor: Embarazo de Alto Riesgo; Atención de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería.

¹Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP/RP.

Autor correspondente: Priscila Alvarenga Teles. E-mail: priscila.alvarenga@live.com

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ⁽¹⁾ estimou a ocorrência de 303 mil óbitos maternos no mundo em 2015. Para cada óbito ocorrido, estima-se que de 20 a 30 mulheres manifestam alguma morbidade materna ⁽²⁾.

Todavia, a assistência qualificada voltada a essas mulheres, principalmente à assistência pré-natal, pode alterar os prognósticos tanto para a mãe quanto para o feto, contribuindo para que haja maior número de desfechos favoráveis ⁽³⁾. Dentro deste contexto encontra-se a assistência voltada para a gestação de alto risco.

A gestação de alto risco pode ser classificada quando é identificado patologia e/ou problemas na saúde da mãe durante o ciclo gravídico ou o agravamento de uma condição pré-existente, que ameaça tanto a saúde materna quanto do feto. Podem ser de caráter patológico (diabete mellitus, hipertensão arterial, hemorragias, entre outras), ou encontrado no campo psicossocial (imaturidade psicológica, conflitos familiares, entre outros) ^(4, 5, 6).

O Ministério da Saúde classifica os fatores de risco como: características individuais e condições sociodemográficas adversas, história reprodutiva antecedente à gestação atual, condições clínicas prévias, e ainda há aqueles fatores que podem ocorrer durante a gestação como: exposição imprópria ou de forma acidental a fatores teratogênicos, doença obstétrica na gestação atual e intercorrências clínicas. De modo geral, essas mulheres são atendidas inicialmente no nível primário e quando um ou mais riscos são identificados, elas são posteriormente referenciadas para níveis mais complexos de atenção à saúde ⁽⁴⁾.

Mulheres com alterações como cardiopatias, síndromes hemorrágicas, doenças autoimunes e psiquiátricas, ou relacionadas ao feto como restrição de crescimento intrauterino, exigem níveis de cuidados diferenciados sendo encaminhadas para níveis secundários ou terciários, que contêm equipamentos mais específicos e equipes multidisciplinares constituídas por profissionais especialistas de diversas áreas ⁽⁷⁾.

Nesta área, o enfermeiro, utilizando da sua capacidade e qualificação, tem ocupado espaço de ação, aplicando seu conhecimento em uma assistência com planos e ideias que possam colaborar com o pré-natal dessa gestante. Nesse sentido, estudos comprovam que a consulta de enfermagem tem sido de suma importância, pois pode garantir uma melhoria na qualidade da assistência no pré-natal, por meio de ações de prevenção e de promoção de saúde da gestante, demonstrando assim a competência técnica e humanística do profissional enfermeiro ^(8, 9).

A resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009 dispõe sobre a necessidade da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) por

viabilizar a operacionalização do processo de enfermagem, fornecendo uma assistência de forma ordenada e com qualidade, contribuindo ainda para que o cuidado oferecido pela classe de enfermagem seja organizado e conferindo a este profissional uma maior independência em suas atividades, revelando assim a importância de sua implantação em todos os ambientes em que os enfermeiros estão inseridos ⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Gestantes de alto risco são um grupo com necessidades peculiares e possuem vários diagnósticos de enfermagem em comum, mostrando assim a importância da identificação deles para que rapidamente sejam selecionadas intervenções que garantam uma assistência de qualidade, que previna complicações e promova a saúde materno-fetal ⁽¹³⁾.

Este trabalho se justifica diante da escassez de estudos existentes sobre a ocorrência de diagnósticos de enfermagem em gestantes de alto risco mesmo sendo uma temática importante, e ainda porque muitos destes trabalhos se voltam em um único diagnóstico.

Propõe-se assim este estudo que tem como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem em gestantes de alto risco atendidas em um Centro Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS) de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo com a utilização de dados secundários coletados dos prontuários de gestantes de alto risco que realizaram o pré-natal em um serviço de Referência Secundária.

Participantes da pesquisa

A partir de uma estimativa de 200 casos novos/ano atendidos neste serviço, realizou-se o cálculo amostral obtendo um n mínimo de 197 para este estudo ⁽¹⁴⁾, acrescentando-se 10% de prontuários em decorrência de possíveis perdas. Por fim, incluíram-se 200 gestantes de alto risco por amostragem aleatória simples após análise dos critérios de inclusão, sendo eles: realização de pelo menos três consultas pré-natais no serviço e prontuários devidamente preenchidos, inclusive com resultados de exames; e os critérios de exclusão: prontuários não localizados e mulheres com gestação em curso no momento da coleta dos dados.

Local do estudo

Estudo realizado em um serviço de Referência Secundária de um município do estado de Minas Gerais.

Coleta de dados

A coleta ocorreu no período de janeiro de 2014 a dezem-

bro de 2015. Foi aplicado um instrumento para obtenção dos dados baseado nas informações de uma equipe multiprofissional contidas nos prontuários, sendo dividido em: dados demográficos, motivo do encaminhamento e outros dados que auxiliaram na classificação dos diagnósticos de enfermagem – problemas evidenciados no exame físico, alterações de exames subsidiários, características psicossociais, problemas evidenciados na entrevista e observações pertinentes – visto que os diagnósticos não estavam discriminados nos prontuários. Todas as informações foram organizadas em um banco de dados desenvolvido no *Microsoft Excel for Windows*® 2013.

Procedimento de análise dos dados

Para análise dos dados, as frequências absolutas e relativas de todas as variáveis foram calculadas. Além disso, a formulação dos diagnósticos de enfermagem foi realizada segundo a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association – NANDA (2015-2017), que é reconhecida de modo oficial e amplamente divulgada no Brasil, a qual padroniza a linguagem e auxilia na escolha de uma intervenção de enfermagem de forma individual, direcionando na avaliação do cuidado. Ela exige que seja feita uma coleta de dados que aborde vários aspectos e de forma completa, garantindo a melhoria nesta etapa, que influencia grandemente na desenvoltura das demais (15-17).

Para que os diagnósticos de enfermagem fossem os mais precisos possíveis, após a coleta de dados e a classificação dos diagnósticos pela autora, os dados foram submetidos a análise de duas enfermeiras obstetras. Desta forma, após o consenso e confirmação dos diagnósticos de enfermagem pelas especialistas, tais diagnósticos foram incluídos.

Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o número CAAE: 42019515.7.0000.5116, e parecer nº 968.868.

RESULTADOS

Os dados demográficos das gestantes de alto risco selecionadas estão descritos na Tabela 1:

Tabela 1: Perfil demográfico das gestantes atendidas no CVVRS entre 2014 e 2015

VARIÁVEL	n	%
IDADE		
Entre 15 e 35 anos	165	82,5
Maiores que 35 anos	24	12
Menores que 15 anos	11	5,5
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Com companheiro	103	51,5

Sem companheiro	97	48,5
ANOS DE ESCOLARIDADE		
Sem informação	126	68
Até 8	35	17,5
9 a 11	27	13,5
Mais que 11	2	1
OCUPAÇÃO		
Sem informação	122	61
Estudantes	38	19
Profissionais diversas	20	10
Do lar	14	7
Sem ocupação	6	3

Fonte: Banco de dados da autora

Quanto aos motivos de encaminhamento identificados no prontuário e classificados conforme o manual técnico do Ministério da Saúde sobre Gestaçao de Alto Risco (4), destacam-se o histórico e a apresentação atual das Síndromes Hipertensivas da Gestaçao (SHG) que totalizaram 19% dos motivos de encaminhamento ao CVVRS (Tabela 2).

Vale ressaltar que os casos encaminhados por problemas exclusivamente fetais, como alterações no crescimento uterino e volume de líquido amniótico, malformação fetal e gemelaridade, totalizaram 6% dos prontuários analisados, mostrando que problemas primariamente maternos foram predominantes (Tabela 2).

Tabela 2: Motivo de encaminhamento das gestantes de alto risco atendidas no CVVRS entre 2014 e 2015

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO	n	%
Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis		
Idade maior que 35 anos	24	12
Idade menor que 15 anos	11	5,5
Adolescente com risco psicossocial	9	4,5
Baixa escolaridade	8	4
Conflitos familiares	6	3
Dependência de drogas ilícitas	5	2,5
Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg	5	2,5
Hábito de vida – Fumo	3	1,5
Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos	1	0,5
História reprodutiva anterior		
Histórico de aborto	12	6
Síndrome hipertensiva	10	5
Parto pré-termo anterior	4	2

Morte perinatal inexplicada	2	1
Doença obstétrica na gravidez atual		
HAS gestacional	20	10
Diabetes gestacional	7	3,5
Hemorragias da gestação	6	3
Desvio quanto ao crescimento uterino e volume de líquido amniótico	5	2,5
Trabalho de parto prematuro	5	2,5
Ganho ponderal inadequado	4	2
Gemelaridade	4	2
Aloimunização	3	1,5
Malformação fetal	3	1,5
Insuficiência istmo-cervical	2	1
Condições clínicas preexistentes		
HAS	8	4
Doenças Psiquiátricas	3	1,5
Endocrinopatias	3	1,5
Alterações genéticas maternas	2	1
Cardiopatias	2	1
Epilepsia	2	1
Intercorrências Clínicas		
<i>Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação</i>		
ITU* persistente	5	2,5
Sífilis	4	2
HPV**	3	1,5
Toxoplasmose	3	1,5
Pielonefrite	2	1
Hepatite B	1	0,5
<i>Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação</i>	3	1,5

Legenda: ITU - Infecções do Trato Urinário; HPV - Human Papiloma Virus.

Fonte: Banco de dados da autora

Na tabela 3 está listado os 39 diagnósticos de enfermagem identificados nas gestantes de alto risco do CVVRS. Considerando os que tiveram frequência maior que 25%, temos conforto prejudicado, seguido de risco de infecção, manutenção ineficaz da saúde e dor aguda. Vale ressaltar também os diagnósticos de enfermagem relacionados à nutrição inadequada a mais do que o necessário, os quais totalizaram 56% (sobrepeso e obesidade).

Tabela 3: Diagnósticos de enfermagem em gestantes de alto risco atendidas no CVVRS entre 2014 e 2015 de acordo com a NANDA 2015-2017

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PROMOÇÃO DA SAÚDE	n	%
---	---	---

Manutenção ineficaz da saúde	59	29,5
Comportamento de saúde propenso à risco	32	16
Estilo de vida sedentário	16	8
Falta de adesão	15	7,5

NUTRIÇÃO

Sobrepeso	31	15,5
Obesidade	25	12,5
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	17	8,5
Risco de glicemia instável	16	8
Risco de desequilíbrio eletrolítico	8	4
Risco de função hepática prejudicada	1	0,5

ELIMINAÇÃO E TROCA

Eliminação urinária prejudicada	37	18,5
Risco de constipação	9	4,5
Constipação	5	2,5

ATIVIDADE/REPOUSO

Risco de função cardiovascular prejudicada	31	15,5
Insônia	5	2,5
Fadiga	5	2,5
Risco de perfusão renal ineficaz	4	2

PERCEPÇÃO/COGNIÇÃO

Conhecimento deficiente	14	7
-------------------------	----	---

AUTOPERCEPÇÃO

Risco de baixa autoestima situacional	8	4
---------------------------------------	---	---

PAPÉIS E RELACIONAMENTOS

Risco de relacionamento ineficaz	29	14,5
Risco de maternidade prejudicada	21	10,5
Processos familiares disfuncionais	17	8,5
Relacionamento ineficaz	1	0,5

SEXUALIDADE

Risco de binômio mãe-feto perturbado	15	7,5
Risco de processo de criação de filhos ineficaz	8	4

Padrão de sexualidade ineficaz	1	0,5
ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE		
Ansiedade	36	18
Resiliência prejudicada	10	5
Tristeza crônica	6	3
Sobrecarga de estresse	4	2
SEGURANÇA/PROTEÇÃO		
Risco de infecção	72	36
Risco de sangramento	7	3,5
Integridade de integridade da pele prejudicada	5	2,5
Risco de quedas	2	1
Risco de trauma	1	0,5
CONFORTO		
Conforto prejudicado	120	60
Dor aguda	53	26,5
Náusea	16	8

Fonte: Banco de dados da autora

DISCUSSÃO

A gestação de alto risco é determinada a partir de condições clínicas preexistentes ou diagnosticadas pela primeira vez durante a gestação, além de intercorrências clínicas, podendo gerar uma evolução desfavorável ao binômio mãe/filho⁽⁴⁾. Este estudo identificou os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes e analisou o perfil de 200 gestantes de alto risco acompanhadas no CVVRS.

Apesar de a maioria das gestantes se encontrar em uma faixa etária ideal, chama a atenção o número referente às maiores que 35 anos. Este trabalho revelou que 12% das gestantes estavam nesta faixa etária; este percentual foi próximo ao encontrado em dois estudos realizados no estado de Minas Gerais (11%) e Santa Catarina (12,5%)^(18,19).

O índice de gravidez tardia tem crescido em diversos países. Seu acontecimento está relacionado “aos novos padrões e conformações familiares, posicionando a mulher cada vez mais à frente das suas decisões”⁽¹⁹⁾. Além disso, há provas de que nesta faixa etária as gestantes estão mais susceptíveis a eventos adversos tanto pré quanto perinatais, incluindo prematuridade, baixo peso ao nascer, entre outros, aumentando o risco de mortalidade materna e/ou fetal⁽²¹⁾.

Quanto à situação conjugal, a alta taxa de gestantes solteiras pode ser considerada um aspecto negativo, podendo influenciar aspectos sociais, econômicos e psicológicos de

vida. Sabidamente, a situação conjugal instável é um risco à saúde da gestante⁽⁴⁾, ainda que esta possa contar com outras estruturas de apoio (familiares, amigos, grupos sociais a que pertence).

Chama a atenção o elevado número de gestantes com risco social: quase 50% não tinham um companheiro e, dentro desse grupo, 20,6% estavam fora da faixa etária ideal para gravidez. Isso é particularmente preocupante quando se associam os dois fatores, elevando o risco de desfechos negativos tanto para a mãe quanto para o feto. Ainda sobre os fatores sociais, também foi constatado que 76,8% das adolescentes eram solteiras e 12% das gestantes tinham adicção a algum tipo de droga (lícita ou ilícita). Além disso, 23% do total das gestantes alegaram gestação sem planejamento. Provavelmente este último dado está subestimado pelo não registro desta informação em todos os prontuários, já que a taxa de gestação não planejada no mundo é de 41%⁽²²⁾.

Quanto aos motivos de encaminhamento listados, dentre eles destacam-se as Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG): Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) gestacional (10%), histórico de SHG (5%) e HAS preexistente (4%), totalizando 19% dos motivos de encaminhamento ao CVVRS. Este percentual é maior do que o encontrado na população global de gestantes que, segundo a OMS⁽²²⁾, é de 2 a 10%, porém semelhante aos de outros serviços especializados em gestação de alto risco no Brasil⁽²⁴⁾.

O diagnóstico conforto prejudicado foi caracterizado a partir de fatores que proporcionavam um ambiente desfavorável às gestantes com modificações biológicas e até mesmo psicossociais, como irritabilidade, ansiedade e relato de desconforto.

Risco de infecção associou-se principalmente ao conhecimento insuficiente destas gestantes para evitar a exposição a patógenos, como por exemplo, calendário vacinal incompleto e desconhecimento de profilaxia contra rubéola e toxoplasmose.

Manutenção ineficaz da saúde é definida como a incapacidade para procurar ajuda afim de se manter a saúde⁽¹⁵⁾. No presente trabalho, isso se manifestou principalmente através do desconhecimento das gestantes em relação às boas práticas de saúde.

Dor aguda foi manifesta pelas gestantes por meio de expressões verbais, além de inquietação e choro, e aqui foi adotado a classificação da NANDA a qual considera dor aguda com duração menor que seis meses.

Quanto aos diagnósticos de enfermagem relacionados à nutrição inadequada a mais do que o necessário, foi observado por meio do Índice de Massa Corporal (IMC) que 56% das gestantes apresentavam peso corporal acima do ideal para a faixa etária, caracterizando sobrepeso ou obesidade.

Destaca-se que estes são agravos crescentes às gestantes, sendo três vezes mais prevalente do que a nutrição desequilibrada por menor ingestão do que as necessidades corporais. Considerando os diagnósticos sobrepeso e obesidade juntos, um estudo ⁽¹³⁾ encontrou percentual semelhante de nutrição inadequada por maior ingestão do que o necessário (33,8%) e um percentual maior de gestantes com nutrição prejudicada por ingestão menor que as necessidades (18%).

Os três diagnósticos mais frequentes encontrados pelo presente trabalho foram os mesmos encontrados por um estudo realizado em São Paulo ⁽¹²⁾, porém não na mesma ordem e também com diferentes prevalências, que podem ser explicadas pelos fatores que são considerados em cada diagnóstico.

Frente a esta gama variada de diagnósticos de enfermagem presentes entre as gestantes de alto risco, faz-se necessário uma melhor instrumentalização da equipe assistencial, afim de que esteja atenta a essas condições e intervenha prontamente com o propósito de diminuir riscos e, consequentemente, desfechos negativos para essas gestantes e seus conceitos.

Limitações do estudo

O estudo possui limitações no sentido de que dados secundários podem se apresentar incompletos, dificultando a classificação de certos diagnósticos. Além disso, até o presente e de nosso conhecimento, foi identificado somente um artigo ⁽¹²⁾ que possibilitou a comparação dos diagnósticos encontrados neste estudo.

Contribuições do estudo para a prática

Este estudo contribui para que a SAE possa ser implanta-

da em serviços de saúde que atendam gestantes de alto risco, utilizando-se dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes encontrados, os quais também auxiliarão nas respectivas intervenções de enfermagem. Além disso, também contribui para o aprimoramento do cuidado prestado pela equipe de enfermagem, fornecendo subsídios para as ações direcionadas às gestantes de alto risco frente aos principais problemas encontrados.

CONCLUSÃO

A amostra caracterizou-se por gestantes de alto risco entre 15 a 35 anos. Quase a metade não possuía um companheiro. O motivo de encaminhamento de maior frequência foi o relacionado às SHG. Os principais diagnósticos de enfermagem classificados foram: conforto prejudicado seguido de risco de infecção, manutenção ineficaz da saúde e dor aguda.

É importante que os profissionais da enfermagem tenham uma visão integralizada das principais necessidades da gestante de alto risco, o que contribui para a melhora da assistência prestada a esta mulher.

Contribuições dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Priscila Alvarenga Teles; Elisiany Mello Costa. Revisão crítica, revisão final: Marislei Sanches Panobianco; Thais de Oliveira Gozzo; Tatiana da Silva Vaz Paterra; Larissa Clara Nunes.

Agradecimentos

Ao Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) pelo auxílio financeiro que possibilitou a realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2015 [cited 2018 Jan 18]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/97892241565141_eng.pdf;jsessionid=FEC6E5B15D9A789E233F05D038A5C324?sequence=1
2. Vanderkruik RC, Tunçalp O, Chou D, Say L. Framing maternal morbidity: WHO scoping exercise. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 30]; 13:213. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-213>
3. Moura BLA, Alencar GP, Silva ZP, Almeida MF. Interações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 28]; 34(1): e00188016. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n1/1678-4464-csp-34-01-e00188016.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Gestação de alto risco: Manual Técnico [Internet]. 2012 [cited 2018 Jul 31]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
5. Rakhshani A, Nagarathna R, Mhaskar R, Mhaskar A, Thomas A, Gunasheela S. Effects of yoga on utero-fetal-placental circulation in high-risk pregnancy: a randomized controlled trial. *Adv Prev Med* [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 23]; Jan:373041. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/apm/2015/373041/>
6. Frigo J, Bringhenti LM, Gollo AAR, Ascari RA, Kolhs M, Marin SM. Perfil epidemiológico das gestantes com doença hipertensiva específica da gestação atendidas no serviço de referência municipal. *Enferm Foco* [Internet]. 2013 [cited 2019 Mar 05]; 4(2):109-11. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/523/206>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. *Cadernos de Atenção Básica* nº 32 [Internet]. 2012 [cited 2018 Feb 10]. Available from: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175300/23CAP32_prenatal.pdf
8. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2007 [cited 2017 Apr 15]; 12(2): 477-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf>
9. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2017 May 01]; 62(3): 387-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/09.pdf>
10. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. COFEN [Internet]. 2009 [cited 2017 Dec 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
11. Malucelli A, Otemaler KR, Bonnet M, Cubas MR, Garcia TR. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jul 08]; 63(4): 629-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/20.pdf>
12. Carvalho SC, Silva CP, Ferreira LS, Corrêa SA. Reflexo da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na consulta de enfermagem. *Rev Rede Cuidados Saúde*. 2008; 2(2): 1-8.
13. Gouveia HG, Lopes MHB. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2004 [cited 2017 Jan 07]; 12(2): 175-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a05.pdf>
14. Siegel S, Castellan JR. *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
15. NANDA Internacional. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017*. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
16. Pereira SVM, Bachior MM. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2005 [cited 2017 Jun 10]; 58(6): 659-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a06v58n6.pdf>
17. Marin MJS, Ricci FA, Cecilio LCO, Druzian S, Rodrigues LCR. Diagnósticos de enfermagem de idosas carentes de um Programa de Saúde da Família-PSF. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2018 Apr 12]; 12(2): 278-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a12>
18. Versiani CC, Fernandes LL. Gestantes de alto risco internadas na maternidade de um hospital universitário. *RENOME* [Internet]. 2012 [cited 2018 May 11]; 1(1): 68-78. Available from: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/51/126>
19. Silva MS, Rosa MRQP. Perfil de gestantes de alto risco atendidas em um centro obstétrico de Santa Catarina. *Rev Interd* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 18]; 7(2):95-102. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/394/pdf_11
20. Rocha LFA, Oliveira ZM, Teixeira JRB, Moreira RM, Dias RB. Significados nas representações de mulheres que engravidaram após os 35 anos de idade. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2014 [cited 2018 May 02]; 8(1):30-6. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5412/pdf_4391
21. Glasser, S, Segev-Zahav A, Fortinsky P, Gedal-Beer D, Schiff E, Lerner-Geva L. Primiparity at very advanced maternal age (>45 years). *Fertility and Sterility* [Internet]. 2011 [cited 2018 Nov 24]; 95(8): 2548-51. Available from: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(11\)00329-3/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(11)00329-3/fulltext)
22. Singh S, Sedgh G, Hussain R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. *Stud Fam Plann* [Internet]. 2010 [cited 2017 Aug 31]; 41(4): 241-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21465725>
23. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2011 [cited 2017 Dec 14]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/97892241548335_eng.pdf?sequence=1
24. Oliveira ACM, Graciliano NG. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jul 15]; 23(3): 441-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00441.pdf>