

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ESTABELECIDOS POR ACADÊMICOS EM UMA PACIENTE COM GRAVIDEZES ANEMBRIONADAS PREGRESSAS

LIMA, Ândrea Dayse Matos¹; MONTEIRO, Elizama Cristina Portilho²; DIAS, Girllane de Nazaré da Cunha³; LIMA, Dayane dos Santos⁴; MESQUITA, Cristal Ribeiro⁵; SANTOS, Fabio Conceição dos⁶.

Introdução: Inúmeras são as anormalidades do primeiro trimestre gestacional. Entre elas, existe a gravidez anembrionada ou “ovo cego”, um tema com poucos registros encontrados nas literaturas. Trata-se de um tipo de gestação sem embrião que pode ocorrer em qualquer mulher, não havendo nenhum grupo com maior chance de desenvolvê-la; as causas de seu surgimento não são completamente conhecidas, mas acredita-se que a parte do óvulo fertilizado que formaria o embrião não se desenvolve, enquanto a parte que forma a placenta e as membranas amnióticas continua se desenvolvendo normalmente dentro do útero ⁽¹⁾. Durante as aulas práticas de Enfermagem Obstétrica em um Hospital de Referência na Região Metropolitana de Belém, no mês de setembro de 2013, teve-se contato com uma cliente na sua 32ª semana de gestação, possuindo histórico de 2 gestas pgressas anembrionadas consecutivas. Diagnósticos de Enfermagem foram traçados de acordo com as situações clínica e psicológica apresentadas pela gestante, além da busca de embasamento teórico sobre o assunto. **Objetivos:** Expor os Diagnósticos de Enfermagem extraídos por futuros profissionais Enfermeiros de uma usuária com 2 gravidezes anembrionadas subsequentes. **Descrição Metodológica:** Trata-se de um estudo exploratório do tipo estudo de caso, permitindo uma maior familiaridade entre o pesquisador e o tema pesquisado, visto que este ainda é pouco conhecido, pouco explorado ⁽²⁾. Foram utilizados na construção da pesquisa alguns periódicos e o NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), importante ferramenta na Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE. **Resultados:** O corpo da mulher gestante não identifica a ausência do embrião e produz os hormônios necessários ao período gestatório normalmente. Este problema não é genético, enquadrando-se em casos de aborto sem causa definida, já que em 80% dos casos de “ovo cego” a mulher entra em abortamento espontâneo em 3 semanas; o tratamento medicamentoso abortivo poderá ser utilizado, já que não é seguro aguardar somente a eliminação espontânea do saco gestacional. Pode-se, além desses, optar pela realização da curetagem uterina, que retira mecanicamente o conteúdo do interior uterino por meio de raspagem, utilizada também, quando o aborto espontâneo não é completo ⁽³⁾. A partir da 7ª semana, com saco gestacional medindo mais de 20 mm e nenhum sinal de embrião detectado, considera-se “ovo cego” ⁽⁴⁾. Em campo de prática, pudemos ter contato com uma usuária a qual sofreu os processos anteriormente descritos – C.C.E.S.M., 32 anos, G3 P0 A2, A2 por gravidezes anembrionadas, DUM 27/01/2013, DPP 03/11/2013. Em sua história obstétrica, informou que já engravidou por 3 vezes; a primeira gestação foi diagnosticada como anembrionada na 8ª semana por meio de USG transvaginal, sendo que

¹- Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Email: andrea.deyse@hotmail.com. ²- Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). ³- Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). ⁴- Acadêmica do 3º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). ⁵- Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). ⁶- Acadêmico do 7º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

nas 48 horas seguintes ao exame, expeliu espontaneamente os anexos formados. Após 8 meses, engravidou de uma nova gestação sem embrião, diagnosticada da mesma forma que a primeira, na 10ª semana, contudo a cliente optou em aguardar, pois ainda acreditava na possibilidade do embrião ser visualizado posteriormente; o UGS foi repetido 2 semanas depois, confirmando o “ovo cego”, sendo realizada a curetagem. Mais uma vez ficou grávida e devido às frustrações sofridas, iniciou seu pré-natal somente em sua 15ª semana gestacional, ficou desacreditada da sua capacidade de gerar filhos; fez um USG e confirmou a presença de um embrião *in utero*. É importante destacar que nas literaturas consultadas, este evento não é repetitivo e não representa nenhum fator de risco para novas gestações, fatos não ocorridos com a usuária em estudo. Dessa forma, na sua 32ª semana de gravidez, deu entrada no Hospital com quadro de dor tipo cólica em região do baixo ventre, perda líquida de moderada quantidade por via vaginal e episódios de êmese durante a evolução algica; abdome gravídico indolor à palpação, corpo uterino contendo feto único em situação longitudinal, dorso à direita, apresentação cefálica, AFU: 28 cm, circunferência abdominal: 108 cm, DU: 2C/10’/40”, MF + e ativos, BCF: 139 bpm r QID. Exame especular acusou moderada descarga de líquido amniótico pelo colo uterino; toque vaginal revelou colo uterino médio, centralizado, pérvio para 4 cm, bolsa rota (LCCGM). Utilizando o NANDA, pudemos identificar na cliente supracitada os seguintes diagnósticos de enfermagem – julgamentos clínicos sobre as reações humanas e experiências de vida, usados para decidir o foco do atendimento de enfermagem⁽⁵⁾: A) Dor Aguda relacionada ao trabalho de parto evidenciada por comportamento expressivo – gemido, choro, suspiro – , distúrbio no padrão de sono, expressão facial – aparência abatida, caretas – , mudanças no apetite, posição para evitar dor, relato verbal de dor. B) Risco de Desequilíbrio Eletrolítico relacionado à êmese. C) Náusea relacionada à gravidez. D) Risco de Infecção relacionado à perda líquida de moderada quantidade por via vaginal evidenciada pela ruptura prematura das membranas amnióticas. E) Disposição para Processo de Criação de Filhos Melhorado evidenciado pelo desejo e planejamento da gestação e reação adequada ao início do trabalho de parto. F) Disposição para Resiliência Melhorada evidenciada pelo relato de melhora na sensação de controle da situação das gravidezes anembrionadas. Estes Diagnósticos de Enfermagem conduziram toda a assistência humanizada prestada à parturiente, onde acadêmicos e profissionais enfermeiros uniram conhecimentos e serviço. ID: trabalho de parto prematuro. Conduta: encaminhada à sala de parto para assistência ao trabalho de parto, o qual foi realizado por profissional Enfermeiro. **Conclusão:** Diante do exposto, percebe-se que o trabalho da Enfermagem é indispensável ao bom prognóstico da clientela assistida, pois avalia a usuária não somente pelo o que está apresentando, mas também, pelo o que foi vivido, de maneira global e humanizada, principalmente quando falamos em um acontecimento tão delicado quanto a gestação anembrionada; todas as usuárias possuem uma história, a qual deve ser dada total importância no momento da assistência. O tema deste estudo ainda possui poucos registros disponíveis; a ferramenta NANDA permite denominar a decisão do estado de saúde da assistida e assim, conduzir uma SAE completa e adequada. **Contribuições/Implicações para a Enfermagem:**

¹- Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Email: andrea.deyse@hotmail.com. ²- Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). ³- Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). ⁴- Acadêmica do 3º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). ⁵- Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). ⁶- Acadêmico do 7º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Exercer a assistência levando em consideração a história pregressa da cliente, em pequenas intercorrências até situações raras, é uma competência da Enfermagem e deve ser trabalhada desde a graduação. Saber utilizar verdadeiramente o NANDA no processo de cuidar da paciente faz toda a diferença, pois é possível avaliá-la como um ser biopsicossocial e assim, contribuir na sua positiva evolução e enriquecer o conhecimento da categoria Enfermagem.

Descritores: Gravidez. Alterações. Enfermagem.

Eixo 1: O Protagonismo no Cuidar

REFERÊNCIAS

1. Fecondare, Ricardo Nascimento (CRM 3198 – RQE 2109) [homepage na internet]. **Gestação anembrionária**. Florianópolis (SC); 2011. [acesso em 31 ago 2014]. Disponível em: <http://fecondare.com.br/artigos/gestacoes-anembrionarias/>
2. Duarte, VMN. **Pesquisas: Exploratória, Descritiva e Explicativa**. Monografias Brasil Escola. [acesso em 01 set 2014]. Disponível em: <http://monografias.brasilecola.com/regras-abnt/pesquisas-exploratoria-descritiva-explicativa.htm>.
3. Gomes LP et al. **Conduta expectante na perda gestacional precoce**. Revista Femina. 2007 Mar. Vol. 35, nº 3.
4. Rios LTM et al. **Anormalidades do primeiro trimestre da gravidez: ensaio iconográfico**. Radiol Bras. 2010 Mar/Abr;43(2):125–132
5. T. Heather Herdman. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2013.

¹- Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Email: andrea.deyse@hotmail.com. ²- Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). ³- Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). ⁴- Acadêmica do 3º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). ⁵- Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). ⁶- Acadêmico do 7º semestre de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA).