

TÂNIA DENISE KUNTZE

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PLANEJADA À MULHER
GESTANTE, FUNDAMENTADA NOS ESTUDOS DE
LILIANA FELCHER DANIEL

FLORIANÓPOLIS

1971

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PLANEJADA À MULHER
GESTANTE, FUNDAMENTADA NOS ESTUDOS DE
LILIANA FELCHER DANIEL

Por

TÂNIA DENISE KUNTZE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Enfermagem da Universidade Federal de
Santa Catarina, para obtenção do grau de Mes-
tre em Enfermagem

FLORIANÓPOLIS -- SANTA CATARINA

1991

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

D I S S E R T A Ç Ã O

TÍTULO: A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PLANEJADA À MULHER GESTANTE, FUNDAMENTADA NOS ESTUDOS DE LILIANA FELCHER DANIEL

Submetida à Banca Examinadora para obtenção do grau de
MESTRE EM ENFERMAGEM

Por


TÂNIA DENISE KUNTZE

Aprovada em: 27 / 11 / 1991



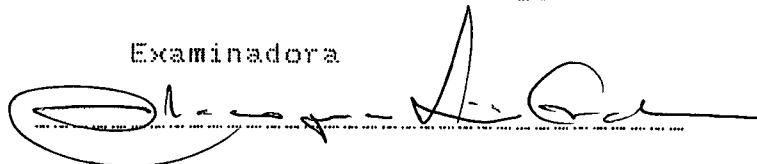
Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Presidente



Dra. Liliana Felcher Daniel

Examinadora



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Examinadora



Dra. Ingrid Elsen

Examinadora Suplente

ORIENTADURA# DRA. LUCIA H. TAKASE GONÇALVES

Dedico este estudo às pessoas
que, em sua VIDA, geram ou-
tra VIDA. E em especial,
àqueles que me deram VIDA:

meus PAIS.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço a Deus especialmente pela dádiva da vida; também pelo cuidado e amor divino e por ter sido o Amigo de todas as horas, iluminando meu caminho, dando-me forças para superar os obstáculos e dificuldades em mais esta caminhada.

Agradeço à minha família pelo apoio, incentivo e estímulos dados, e pelas inúmeras vezes em que me socorreram quando não conseguia, sozinha, ser a mãe da Carolina e do João.

A meu pai Milton, minha mãe Ygia, meus irmãos Lia e Sidney, meu mais profundo reconhecimento e gratidão por tudo que vocês sempre foram e são para mim.

Amo vocês.

Aos meus dois pimpolhos# queridos# obrigada pelo carinho, amor e alegria que vocês me dão. Ter experienciado o milagre da VIDA através de vocês foi a minha maior realização. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que, de alguma forma contribuíram para que essa dissertação se realizasse, quero expressar a minha profunda gratidão.

À minha orientadora, Dra. Lúcia H. Takase Gonçalves, pela colaboração, ajuda e compreensão que me auxiliaram nesta conquista, e por ter acreditado em mim.

À Dra. Liliana Felcher Daniel, pelo exemplo que me deixou, quando eu ainda era aluna de graduação, de profissional dedicada ao aperfeiçoamento do saber da enfermagem e de pessoa justa, amável, cristã. É imensurável a sua contribuição para mais essa vitória; seu apoio e estímulo me impulsionaram a chegar até aqui.

À colega e amiga Janete Elza Felisbino, pela amizade sincera, pelo apoio, incentivo, auxílio e pelos momentos compartilhados de tristeza, alegrias e esperanças.

À Universidade do Sul de Santa Catarina, por haver possibilitado o afastamento necessário para meu crescimento e aprimoramento profissional. Às colegas do curso de Enfermagem, professoras Clarice W. Pereira, Ingrid Brodbeck, Ivete Ribeiro, Janete Felisbino, Mara Porto, Maria Regina Delfino, Maria Regina Silvério, Mary Q. Rosa e Vera Fonseca, pela ajuda, compreensão, respeito e carinho.

Aos professores do curso de mestrado, pelas informações transmitidas, pelas trocas de experiências, pelo convívio e pela parcela de contribuição dadas para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos colegas do curso de mestrado, com os quais compartilhei essa caminhada, pelo enriquecimento geral que o nosso convívio me proporcionou.

Aos funcionários do curso de mestrado, em especial à Rosa Maria Pereira, pela atenção, disponibilidade e carinho que sempre me dispensou.

Ao CNPq e CAPES, pela ajuda financeira, essencial para que eu realizasse esse curso.

Ao professor Jailson Coelho, pela liberdade que me concedeu para utilização dos terminais de computador da UNISUL.

Ao Antonio César Luz, pela disponibilidade, cuidado e zelo com que coordenou a confecção da minha dissertação no computador e especialmente pelas orientações que muito me auxiliaram na digitação do trabalho.

Às professoras Mara Stringer da Fonseca e Márcia Irene da Fonseca, pela competência e responsabilidade na tradução do resumo da dissertação para o inglês.

À enfermeira Maria Suzete Ribeiro Nunes, à assistente social Neuza Maria Passamai Della, ao médico Salésio Nicoleit e aos demais funcionários da Unidade de Saúde Municipal de Tubarão, pelo apoio, receptividade e colaboração.

Às clientes do estudo, minha eterna gratidão. Sem vocês, este trabalho não existiria. Obrigada por terem contribuído para o meu crescimento profissional e pessoal. Através da atenção às suas necessidades humanas básicas, espero ter contribuído de forma positiva em suas vidas e na de seus bebês.

RESUMO

A presente dissertação trata da elaboração e aplicação de um Marco Referencial e de uma Metodologia para a assistência de enfermagem a mulheres gestantes, fundamentados nos estudos de Lilliana Felcher Daniel.

Os conceitos utilizados neste Marco foram: **ser humano, saúde-doença, ambiente, enfermagem, enfermeiro, valores, potencialidades e necessidades básicas.** A partir deste Marco Referencial desenvolveu-se uma Metodologia para a assistência de enfermagem, contendo os seguintes passos: **histórico de enfermagem, análise do histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico de enfermagem, implementação do plano terapêutico de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.**

A metodologia foi desenvolvida com cinco mulheres gestantes, através de consultas ambulatoriais e visitas domiciliares de enfermagem, nas cidades de Florianópolis e Tubarão, SC, no período de junho a setembro de 1989, maio a julho e setembro a novembro de 1990. A coleta de dados foi feita durante as consultas, através de entrevistas e observações, seguindo o instrumento elaborado para tal. A assistência de enfermagem foi desenvolvida à medida em que eram identificadas as necessidades humanas básicas afetadas da mulher gestante, conforme o marco referencial e as etapas da metodologia propostas por Daniel.

A experiência obtida através da assistência prestada permite concluir que: a) o modelo assistencial é operacionalizável e

adequado para assistência de enfermagem global à mulher gestante; b) a utilização de um marco referencial facilita o conhecimento da realidade e a forma de trabalhar com ela; c) a utilização do marco referencial e processo de enfermagem conduzem a ações de enfermagem refletidas e planejadas, em atenção às necessidades humanas básicas.

ABSTRACT

The present thesis deals with the elaboration and the application of a referential framework and a methodology based on Liliana Felcher Daniel studies, for the nursing assistance of pregnant women.

The concepts used in this framework were: human being, environment, nursing, nurse, values, potentiality, and basic needs. From this referential framework a methodology was developed for the nursing assistance, containing the following steps: nursing review, nursing review analysis, nursing diagnosis, planning and organization of nursing therapeutical scheme, accomplishment of the nursing therapeutical scheme, nursing development and nursing prognostic.

The methodology was developed with five pregnant women, through the use of ambulatory consultations and home nursing visits in the cities of Florianópolis and Tubarão, SC, from the months of June to September of 1989, from the months of May to July and September to November of 1990. The data were collected during the consultations, through interviews and observations, following the instrument that was prepared for that end. The nur-

sing assistance was developed as the affected human basic needs of the pregnant woman were identified, following the referential framework and methodological stages suggested by Daniel.

The achieved experience, by the given assistance, permit us to conclude that: a) the model of assistance is operational and suitable to the global nursing assistance for the pregnant women; b) the use of a framework makes the knowledge of the reality, and the way of working with it, quite easy; c) the use of the framework and the nursing process guide us to reflected and planned nursing actions, in attention to the basic human necessities.

SUMÁRIO

	Página
CAPÍTULO I	
INTRODUÇÃO	01
1 - Objetivo Geral	06
2 - Objetivos Específicos.	06
CAPÍTULO II	
REVISÃO DE LITERATURA	07
1 - A mulher como gestante	08
2 - A assistência pré-natal.	20
3 - Situação atual da assistência à mulher no período pré-natal em nosso meio.	28
4 - Histórico sintético das contribuições teórico-prá- ticas feitas por Daniel quanto à sistematização da assistência e teorização da enfermagem	35
CAPÍTULO III	
MARCO REFERENCIAL E PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA A PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM À MULHER GESTANTE .	40
1 - Pressupostos teórico-filosóficos de Daniel e pes- soais	41

1.1 - Pressupostos de Daniel	41
1.2 - Pressupostos pessoais	42
2 - Conceitos	43
2.1 - Ser humano	44
2.2 - Saúde-doença	45
2.3 - Ambiente	47
2.4 - Enfermagem	48
2.5 - Enfermeiro	50
2.6 - Valores	52
2.7 - Potencialidades	52
2.8 - Necessidades básicas	53
3 - Representação gráfica do marco referencial	55
4 - Processo de enfermagem segundo Daniel	60
4.1 - Definição de enfermagem planejada	60
4.2 - Processo de enfermagem concebido para esse estudo	62
4.3 - Etapas do processo de enfermagem para a as- sistência à mulher gestante	63
4.3.1 - Histórico de enfermagem	63
4.3.2 - Análise do histórico de enfermagem	66
4.3.3 - Diagnóstico de enfermagem	67
4.3.4 - Plano terapêutico de enfermagem	68
4.3.5 - Implementação do plano terapêutico de enfermagem	70
4.3.6 - Evolução de enfermagem	70
4.3.7 - Prognóstico de enfermagem	71
4.4 - Exemplificação da operacionalização das etapas do processo de enfermagem	72

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA	75
1 - Tipo de estudo	75
2 - Caracterização do local do estudo	76
3 - Participantes do estudo	78
4 - Proteção dos direitos humanos	79
5 - Coleta de dados	80
6 - Implementação da assistência de enfermagem às gestantes, mediante a aplicação do processo de enfermagem	81

CAPÍTULO V

APRESENTAÇÃO DE DOIS EXEMPLOS COMPLETOS DE PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL À MULHER GESTANTE	82
1 - Exemplo número 1	82
2 - Exemplo número 2	86

CAPÍTULO VI

REFLEXÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DO MARCO REFERENCIAL L PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA ASSISTENCIAL À MULHER GESTANTE	113
1 - Marco de referência	113
1.1 - Ser humano	114

1.2 - Saúde-doença	119
1.3 - Ambiente	121
1.4 - Enfermagem	122
1.5 - Enfermeiro (a)	125
1.6 - Valores	127
1.7 - Potencialidades	128
1.8 - Necessidades humanas básicas	130
2 - Processo de enfermagem	131
2.1 - Histórico de enfermagem	132
2.2 - Análise do histórico	134
2.3 - Diagnóstico de enfermagem	134
2.4 - Plano terapêutico de enfermagem	137
2.5 - Implementação do plano terapêutico	138
2.6 - Evolução de enfermagem	139
2.7 - Prognóstico de enfermagem	140

CAPÍTULO VII

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	141
--------------------------------------	-----

CAPÍTULO VIII

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144
--------------------------------------	-----

ANEXOS	154
------------------	-----

ANEXO I - Histórico de Enfermagem.	155
--	-----

ANEXO II - Diagnóstico de Enfermagem	170
--	-----

ANEXO III - Plano terapêutico de Enfermagem.	172
--	-----

ANEXO IV - Relação das Necessidades Básicas	174
ANEXO V - Lista Codificada de Exemplos de Necessidades Básicas Afetadas	175

CAPÍTULO I

I N T R O D U Ç Ã O

O censo demográfico da Fundação IBGE estimou para 1988 em 141.382.535 o número da população brasileira, do qual 76.872.440 correspondia ao número de mulheres, representando assim, 50% da população. Sabe-se que, embora a mulher possa ser considerada fértil desde a menarca, as mulheres no início dos vinte anos têm sido descritas como as mais biologicamente capazes para a reprodução. Esse período ideal em termos biológicos, estende-se até os trinta e cinco anos, quando então as mulheres são consideradas obstetricamente idosas. A representação de mulheres na faixa de idade dos vinte aos trinta e cinco anos, em termos do total da população é de 18.074.221, correspondendo aproximadamente a 13% da população brasileira. Em termos de nascimentos havidos, o ano de 1987 registrou um total de 4.072.232 nascimentos, significando igual ou mais número de gestações havidas no Brasil.

YUNES et al (1987), ao analisarem informações contidas em documentos do Ministério da Saúde, observaram que no período de um ano ou seja, de 15/11/1980 a 14/11/1981, 4.862.266 mulheres estiveram grávidas, das quais 3.449.215, significando um percentual aproximado de 71%, tiveram atendimento pré-natal. Os restantes 29% dos partos ocorridos não foram precedidos dessa assistência. Estes auto-

res verificaram também que, das mulheres que deram à luz nesse período de observação, 25,4% não receberam qualquer tipo de atendimento pré-natal. Esse percentual se elevou para 46,7% naquelas mulheres que tinham um rendimento mensal familiar de até 1/4 do salário mínimo. Já para as que tinham um rendimento maior que um salário mínimo, essa porcentagem se reduzia a 2,9%.

O Ministério da Saúde (1984) constata que o acompanhamento pré-natal é uma ação de conhecido efeito positivo sobre a mulher e o conceito, mas que se revela como um grave problema quando tem, associada à baixa cobertura de assistência, a baixa qualidade de atendimento.

ZIEGEL & CRANLEY (1985) consideram que, embora a gravidez seja um evento biologicamente normal, é um evento especial na vida da mulher, distinto de outros períodos de sua vida, em que ocorrem alterações fisiológicas, emocionais e psicológicas intensas, além das alterações perceptíveis como as da silhueta e aspecto, levando a gestante a perguntar-se "quem sou eu?". Essas alterações são respondidas pela futura mãe, de acordo com diversos fatores, tais como: seu planejamento da gravidez, seus relacionamentos familiares, o número de filhos que já possui, o seu modo habitual de se ajustar às alterações e outros. Para MALDUNADU (1988, p.19) a gestação é, juntamente com a adolescência e o climatério, um período crítico de transição, mas que faz parte do processo normal de desenvolvimento. A autora justifica esse enfoque, considerando as mudanças metabólicas complexas, o estado temporário de equilíbrio instável devido às perspectivas muito grandes de mudanças nos aspectos de papel social, reordenação de relações interpessoais, necessidade de novas adaptações, reajustamentos intrapsíquicos e reformulação de identidade.

Sob esses enfoques, a gestação é um período que envolve a necessidade de reestruturação em várias dimensões.

A literatura básica de obstetrícia refere-se à gestação como um acontecimento especial na vida da mulher, exigindo algumas adaptações especiais para a promoção da sua saúde bem como a do conceito. Dessa forma, os profissionais da saúde devem encarar esse período como uma excelente oportunidade para a manutenção e prevenção de intercorrências anormais da saúde através, sobretudo, da educação da gestante. Justamente por estar num período prolongado a exigir adaptações e reorganizações várias, segundo MALDONADO (1988, p.20) a gestante encontra-se vulnerável e acessível à ajuda, necessitando, usualmente, adquirir novos conhecimentos e habilidades. Conforme DANIEL (1983, p.02), o "ajudar" é a tarefa primordial da enfermagem, oportunizando o enfermeiro a promover, cada vez mais, um relacionamento interessado com o bem-estar das pessoas às quais presta assistência.

Este estudo relata a experiência que tive, de assistir à mulher gestante a partir da elaboração e aplicação de um marco referencial e processo de enfermagem, embasados nos estudos de Daniel. A elaboração do marco referencial deu-se especialmente a partir do estudo do Modelo de Organização da Enfermagem dessa autora (1987), o qual foi adaptado para a assistência específica de enfermagem à mulher gestante. Tal modelo serviu como referencial de base para o processo de sistematização da assistência, cujos conceitos que o explicitam foram extraídos dos três estudos de DANIEL: a) "A enfermagem planejada" (1977, 1981), que fornece orientações quanto à elaboração de um planejamento sistematizado da assistência de enfermagem, permitindo ao enfermeiro conhecer melhor o cliente assistido e iden-

tificar os cuidados de enfermagem indicados a atender as necessidades bio-psico-sócio-espirituais específicas; b) "Atitudes interpessoais em enfermagem" (1983), que oferece sugestões para os relacionamentos interpessoais em enfermagem, de modo a motivar o enfermeiro a amadurecer sua personalidade e a ser capaz de ajudar pessoas através de um relacionamento terapêutico; c) "Enfermagem: modelos e processos de trabalho" (1987), que aborda sugestões de processos sistemáticos operacionalizáveis de trabalho intelectual e prático de enfermagem, explanando conceitos e modelos.

A aplicação do marco referencial na prática assistencial de enfermagem foi viabilizada mediante o processo de enfermagem proposto por Daniel, o qual contém as etapas necessárias para a sistematização da assistência de enfermagem.

O marco referencial tem como diretrizes ou seja, princípios a fundamentarem a organização da enfermagem na assistência à mulher gestante, três sistemas: gestante-Vida, gestante-Indivíduo e gestante-Organismo, sendo qualificados pelas características próprias da natureza humana, tais como valores, potencialidades e necessidades básicas. As ações profissionais do enfermeiro ocorrem mediante processos de espiritualidade, reciprocidade e pelo uso dos recursos dos quais dispõe para manter e restaurar a saúde, realizados mediante o relacionamento entre enfermeiro e gestante, o qual se dá através de atitudes interpessoais, onde ambos mantêm determinadas percepções e interação, possibilitando a identificação de valores, potencialidades e de necessidades básicas afetadas. O marco referencial, assim, permite contemplar a mulher gestante em suas dimensões bio-psico-sócio-espirituais, embasando a assistência de forma técnica, científica e humanística.

Acredito, como MALDONADO (1988, p.148), que o ser humano sempre tem diante de si novas possibilidades de enriquecimento pessoal e novas perspectivas de auto-descoberta, o que implica na constante possibilidade que tem, de desenvolver potencialidades. Sob esse ângulo, a mulher gestante tem diante de si, possibilidades de, durante a gravidez, passar por uma sucessão de experiências que podem lhe satisfazer ou não.

As minhas experiências vividas nos âmbitos profissional e pessoal tiveram uma importante contribuição nesse estudo. As experiências profissionais, porque me conduziram ao entendimento dos benefícios que a assistência de enfermagem traz ao período gestacional, pois oportunizaram-me o conhecimento das implicações bio-psico-sócio-espirituais que o mesmo provoca. As duas experiências pessoais como gestante, vividas em contextos diversos, foram as que mais me impulsionaram à assistir outras gestantes que, com seus valores, suas potencialidades e suas necessidades básicas, podem estar precisando (e querendo) um auxílio profissional.

Tem sido observado que a qualidade da assistência à mulher no período pré-natal no setor público permanece aquém do desejável, necessitando, como refere MALDONADO (1988, p.150), de "muito esforço e criatividade para prosseguir no sentido de cuidar melhor das pessoas que estão gerando e oferecer a esses novos seres um bom acolhimento".

Dessa forma, o marco referencial e processo de enfermagem elaborados para a assistência de enfermagem à mulher gestante, pretendem contribuir na assistência à saúde da mulher, de modo a intervir favoravelmente na evolução de sua gravidez.

Considerando o exposto, estabeleci para este estudo os seguintes objetivos:

1 - Objetivo_Geral

Prestar assistência de enfermagem à mulher gestante no âmbito ambulatorial e domiciliar, utilizando um marco de referência e processo de enfermagem, elaborados a partir dos estudos de DANIEL.

2 - Objetivos_Específicos

- a) Elaborar um marco referencial e etapas do processo de enfermagem para a assistência de enfermagem à mulher gestante, fundamentados nos estudos de Daniel.
- b) Implementar o marco referencial na prática assistencial através do processo de enfermagem, em mulheres gestantes a nível domiciliar e ambulatorial.
- c) Avaliar a utilização do marco referencial e do processo de enfermagem, na situação específica de assistência à saúde da mulher gestante.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

A mulher, em seu ciclo vital, tem no período compreendido entre a menarca e a menopausa, a sua fase reprodutiva, fase essa de considerável importância, em termos de saúde da população, já que, segundo o censo de 1980 do IBGE, esta população corresponde a 25% da população total do Brasil. Esse período coincide com uma faixa etária média, quando a mulher está pouco sujeita a patologias degenerativas, suscitando assim, o emprego de medidas profiláticas em saúde.

FAUNDES et al (1987, p.25) apontam razões para a importância do ciclo grávido-puerperal da mulher, tais como: a) a facilidade com que as mulheres procuram cuidados de saúde nesta fase; b) a existência de programas de assistência médica e social específicos; c) a possibilidade do uso de medidas profiláticas simples para evitar patologias próprias da gravidez, parto e puerpério; d) o fato de que a gravidez envolve uma situação que mobiliza toda a estrutura familiar e, portanto, coloca em foco um contexto de saúde coletiva que ultrapassa a condição de gestante e e) o uso rotineiro de dados referentes à saúde materno-infantil como indicadores de saúde de uma população.

A literatura, de um modo geral, traz vasto material sobre o período gestacional da mulher. Sintetizo o assunto, focalizando os três aspectos: a mulher como gestante, a assistência pré-natal e

a situação atual da assistência à mulher no período pré-natal em nosso meio. Por último, faço um breve histórico sobre as contribuições teórico-práticas feitas por Daniel quanto à sistematização da assistência e teorização da enfermagem.

1 - A mulher como gestante

A gravidez tem sido, historicamente, o mais importante símbolo individual da feminilidade adulta. Realmente, a gravidez é, biologicamente, exclusiva da mulher.

Segundo BARDWICK (1981, p.73), até a década de setenta (época de extrema centralização na família e na maternidade), a mulher não tinha a liberdade psicológica para decidir se queria ou não ser mãe. Nessa época, nos Estados Unidos, nove de cada dez mulheres tinham pelo menos um filho, demonstrando que a sociedade esperava que toda mulher fosse mãe e que tivesse, como características pessoais, aquelas que correspondem ao papel materno. Assim, a gravidez não dependia da livre escolha da mulher.

Atualmente, embora os valores emergentes e modernos convivam ainda com os tradicionais, as mulheres estão mais seguras de que têm direito a escolher se querem ou não ter filhos.

A literatura traz significativas considerações em torno dos termos "gestante" e "gestação". Para os lexicógrafos LUFT (1984) e FERREIRA (1985) "gestação" significa o período de desenvolvimento do embrião no útero, desde a concepção até o parto, também chamado "gravidez", sendo "gestante" a mulher que está em gestação ou "grávida". Enquanto estes autores apresentam definições bastante genéricas e universais, ZIEGEL & CRANLEY (1985, p.120, 163, 217), autoras clássicas da enfermagem obstétrica, consideram-na um fenôme-

no de desenvolvimento e maturação, sendo um evento especial na vida da mulher, distinto de outros períodos de sua vida, e que envolve alterações fisiológicas, emocionais e psicológicas intensas, exigindo da gestante algumas adaptações especiais de modo a promover a sua saúde e a do conceito.

Ainda tratando dos períodos da vida da mulher, MALDONADO (1988, p.19 e 22) considera a adolescência, a gestação e o climatério, como períodos críticos de transição, esclarecendo que a gestação é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento. LUÍS (1985, p.85) acentua essas considerações referindo que os estudiosos a têm como um episódio crítico no ciclo evolutivo da mulher, pois é um processo fisiológico que envolve alterações profundas, cujas repercussões vão se sentir na área física, psíquica e social.

Outros estudiosos como ZIEGEL & CRANLEY (1985) e ALMEIDA (1985), consideram que, embora a gestação seja um fenômeno biologicamente normal, não é um episódio isolado, mas parte de um processo que está ligado não só à mulher como indivíduo, mas também à família e ao meio social em geral. LUÍS (1985, p.85) refere que "no ambiente familiar também há alterações, uma vez que a vida do novo ser ocasiona mudanças de 'status' e de papéis sociais na gestante e em todos os membros envolvidos". Para essa autora a gravidez, por incluir um fato novo, que é a vinda do bebê, funciona como um agente despertador ou potencializador de problemas pré-existentes, que se manifestam ou não, bem como gera muitas mudanças físicas, psíquicas e sociais, as quais despertam novas emoções e dificuldades. Sob a visão desses autores, a gestação interfere efetivamente no comportamento das pessoas envolvidas, afetando em maior grau, a própria mu-

lher.

ZIEGEL & CRANLEY (1985, p.218-219) ao considerarem o conceito, referem que todo o período de gestação está exclusivamente projetado para o período mais importante e concentrado do crescimento e desenvolvimento da vida humana. Mas salientam que para a gestante este também é um período de desenvolvimento e maturação, pois "virtualmente, todos os órgãos e sistemas sofrem um crescimento e desenvolvimento substancial, bem como modificações funcionais".

MALDONADO (1988, p.19) justifica o enfoque dado à gestação caracterizada por um período de transição, dado as mudanças metabólicas complexas, o estado temporário de equilíbrio instável devido às perspectivas muito grandes de mudanças nos aspectos de papel social, reordenação das relações interpessoais, necessidade de novas adaptações, reajustamentos intra-psíquicos e reformulação da identidade. Para ZIEGEL & CRANLEY (1985, p.218) à medida que vão ocorrendo alterações na silhueta e no aspecto corporal, a gestante se pergunta "quem sou eu?" Portanto, para essas autoras, a gestação é um período que envolve a necessidade de muitas reestruturações.

Já que a literatura mostra ser a gestação um acontecimento especial na vida de uma mulher, exigindo algumas adaptações especiais para a promoção da sua saúde bem como a do conceito, ZIEGEL & CRANLEY (1985, p.163) lembram que os profissionais da saúde devem encarar esse período como uma excelente oportunidade para a manutenção e estímulo à saúde e para a educação da gestante. Justamente por estar num período prolongado a exigir adaptações e reorganizações várias, MALDONADO (1988, p.20) aponta a vulnerabilidade da gestante à ajuda. Usualmente necessita adquirir novos conhecimentos e habilidades.

Acima de tudo, a gestante pode ser vista como um ser humano holístico, com necessidades bio-psico-sócio-espirituais, transcorrendo um período em que há interferência em todas essas necessidades, para as quais a assistência prestada pelo enfermeiro torna-se inestimável.

Embora o enfoque principal abordado por estudiosos acerca das repercussões da gestação se situem diversificadamente quanto aos aspectos biológico, psicológico, social ou espiritual, observa-se a unanimidade quanto à concepção de que o conjunto bio-psico-sócio-espiritual sofre alterações durante a gestação. É bastante corriqueira a abordagem, na literatura, dos aspectos psicobiológicos da gestante e, em menor volume, dos aspectos psicossociais. Quanto aos aspectos psicoespirituais bem pouco foi encontrado a respeito.

Ao analisar dados obtidos em estudos sobre correlações entre fatores psicológicos e fisiológicos na gestação, MALDONADO (1988, p.102-117) observou que, em geral, há uma correlação positiva entre o funcionamento psicológico e o fisiológico na gravidez, os quais são dois aspectos diferentes do mesmo processo - a adaptação da gestante como um todo. Enfatiza porém, que tal correlação, embora possa sugerir, não provou ainda causalidade. Tais estudos se utilizaram da aplicação de escalas, escalas associadas a bateria de testes, questionários e observações de modo a avaliar relações entre ansiedade e complicações obstétricas, como os de Mc Donald et al (1963); correlações entre ajustamentos, atitudes em relação à gravidez, grau de ansiedade, comportamento no trabalho de parto, incidência de complicações maternas e fetais, como os de Klein et al (1950); sentimentos e atitudes da gestante em relação à gravidez e complicações pré-natais, como os de Heinstejn (1967); índice de ten-

são e aspectos mensuráveis da gravidez, tais como aumento de peso, duração do trabalho de parto, incidência de complicações e estado físico do recém-nascido, referidos por Grimm (1961), e outros estudos de tal ordem. MALDONADO (1988, p.115) salienta que "não se pode dizer que exista evidência clara e conclusiva de relações tais como entre ansiedade e complicações obstétricas ou entre ambiente pré-natal e efeitos no comportamento da prole". Ela aponta para falhas metodológicas destes estudos e tece críticas aos testes psicológicos aplicados na gravidez por serem, em geral, testes convencionais, não aplicáveis na época de crise tal qual é considerada a gravidez. Enfim, garante que há necessidade de conclusões mais fidedignas a respeito dos aspectos psicossomáticos de todo o ciclo grávido-puerperal.

As mudanças provocadas pela gestação e futuramente a vinda do bebê, são complexas e não se restringem apenas às variáveis psicológicas e bioquímicas. MALDONADO (1988, p.22) ainda lembra dos fatores sócio-econômicos, considerando-os fundamentais, pois "numa sociedade em que, principalmente nas áreas urbanas, a mulher costumeiramente trabalha fora, também é responsável pelo orçamento familiar e cultiva interesses diversos (profissionais, sociais, etc.), o fato de ter um filho acarreta consequências bastante significativas ...".

ZIEGEL & CRANLEY (1985) ao abordarem a procriação no contexto da família, evidenciam os efeitos que a gestação provoca no pai do novo ser, nos irmãos e avós. Entende-se as alterações provocadas pela gestação no ambiente familiar, uma vez que o novo ser ocasiona mudança de "status" e de papéis sociais na gestante e nos que com ela estão envolvidos. Por isso há autores, como MALDONADO (1988, p.24) que falam em "família grávida".

Para Caplan, citado por LUÍ S (1986, p.138), "o intercâmbio de amor, afeto e apoio que a família pode proporcionar aos seus membros é importante para cada um desses indivíduos, quando estão experimentando dificuldades, pois é a família que os fortalece e os ajuda na liberação das tensões, na manutenção de ansiedade dentro de limites manejáveis até que essa pessoa elabore uma solução. Caso contrário, essa família pode ser uma fonte de acréscimo de tensão e trará dificuldades extras para esse indivíduo na solução de seus problemas".

LUÍ S (1986) em sua experiência com gestantes, observou que as carências e dificuldades existenciais manifestadas pelas mesmas, refletiam a problemática do meio cultural e social de onde as gestantes provinham e que em muitos casos a gestação apenas as agravava, destacando que dentre as ocorrências geradoras ou potencializadoras de tensão durante o período gravídico, estava o relacionamento da gestante com o pai do bebê. Durante as entrevistas, ela identificou e registrou as expressões na gestante, de revolta, mágoa, frustração, impotência, preocupação quanto ao futuro e medo de abandono, com relação a seus companheiros; considerou esses sentimentos como uma "reação manifesta de uma realidade conjugal e de vida que não estava atendendo às suas necessidades de amor, conforto, diálogo, escolha, conhecimento e de partilhar de responsabilidades" (p.126).

CENTA (1981), por sua vez, investigou as experiências vivenciadas pelos homens durante a primeira gravidez e parto de suas mulheres, e detectou muitas preocupações sentidas por eles, atribuindo isso ao fato de a gravidez ser-lhes um processo desconhecido e que envolve inúmeras mudanças. Constatou que as preocupações apresentadas pelos sujeitos parecem denotar o desconhecimento quanto à

gravidez e seus cuidados. Em ordem decrescente, os sujeitos, nesse estudo, citaram como principal preocupação tida, durante a gravidez de suas mulheres, a criança, a mulher, o parto. Tais preocupações referiam-se ao medo de machucar ou perder a criança e às relações sexuais durante a gravidez, por temor de machucar a criança e também a mulher, explicando a diminuição do desempenho sexual que ocorre em casais grávidos. Em relação aos batimentos cardio-fetais ouvidos, os homens demonstraram emoção, alegria, felicidade e sensação de alívio e segurança ao perceberem os movimentos do bebê.

LUÍS (1985, p.85) considera que a mulher sofre influência no período gestacional de mitos e crendices culturais relacionados à gravidez, ao comportamento sexual enquanto grávida, e ao parto em si, por isso acredita "que a mulher necessite dispendir uma dose considerável de suas energias para manter o organismo em equilíbrio, sem o que as dificuldades para levar avante a gestação serão grandes e até mesmo insuperáveis, dando origem a situações que poderão comprometer a sua saúde mental".

Dessa forma, o contexto existencial mais amplo da gestante, retratado pelo conjunto de suas relações com o meio ambiente, pode interferir no desconforto e ansiedade da gestação e até mesmo agravá-los.

Através da sua experiência junto a gestantes, LUÍS (1985, p.86) distinguiu alguns fatores geradores de tensão e os consequentes efeitos mais frequentemente encontrados nas mesmas. Para as alterações físicas e emocionais próprias da gravidez, foram identificados comportamentos que indicavam irritabilidade, desconforto, insegurança, preocupação, revolta, felicidade, ansiedade e tristeza. Com respeito ao relacionamento com o pai do bebê houve manifestações

que demonstraram insegurança, revolta, apoio e frieza. Como reações do casal à gravidez, a autora constatou sentimentos de ambivalência, insegurança, resignação e apatia. Com relação ao bebê, identificou expectativas e preocupações com movimentos fetais, temor de haver sido nociva, preocupações em relação ao futuro, amor e felicidade. Quanto ao parto, notou demonstrações de preocupação, medo, vergonha, solidão e ambivalência. Quanto a interferência de terceiros, identificou sentimentos de segurança, revolta, ressentimentos e ansiedade. A interferência de aspectos sociais provocou instabilidade, insegurança, preocupação e incerteza. Os fatores geradores de tensão distinguidos por essa autora provocaram uma série de reações muitas vezes negativas na gestante, e que certamente exigiram da mesma, forças para adaptação e ajustamento às novas situações com as quais se deparou.

REZENDE (1987), autor clássico de Obstetrícia, apresenta as modificações experimentadas pela gestante destacando-as em sistêmicas e dos órgãos genitais. Considera como modificações sistêmicas as que ocorrem em: postura e deambulação; metabolismo (glicídico, lipídico, proteico e hidreletrolítico); sistema circulatório (rendimento cardíaco, pressão arterial, trabalho do coração, pressão venosa, fluxos sanguíneos regionais, volume sanguíneo); sistema sanguíneo (volume de hemáceas, plaquetas, fibrinogênio); sistema urinário (alterações morfológicas, fluxo plasmático renal, taxa de filtração glomerular); sistema respiratório; equilíbrio ácido-básico; sistema digestivo; pele. Nos órgãos genitais considera que estão modificados: vulva, vagina e útero (miométrio, endométrio, colo).

Ainda REZENDE (1987) e também HORTA BARBOSA (1981) apontam em seus compêndios que as alterações havidas na gravidez são detec-

tadas através de interrogatórios, inspeção geral, inspeção obstétrica, palpação e toque vaginal. No entanto, a descrição que fazem dessas alterações, dizem respeito às alterações biológicas, tão-somente.

Sumariamente apresento o que tais estudiosos consideram ser detectado na gestante. No primeiro mês de gestação o interrogatório revelará: a) amenorréia; b) alterações do aparelho digestivo: náuseas, sialorréia, vômitos, perversões do apetite e paladar, prisão de ventre, aerofagia, pirose, etc.; c) alterações do olfato; d) alterações vasomotoras e do sistema nervoso: extremidades frias, vertigens, palpitações, dormências, nevralgias, sonolência, fadiga, irritabilidade, etc.; e) sintomas urinários, como a poliúria. As alterações encontradas do segundo ao quarto mês de gestação poderão ser: a) persistência da amenorréia; b) menor intensidade das alterações do sistema digestivo, havendo às vezes bulimia; c) alterações nervosas e vasomotoras que persistem com grandes variantes pessoais; d) desaparecimento dos sintomas urinários; e) aumento da secreção vaginal que deve ser investigada a saber ser normal ou patológica. À inspeção geral, a gestante apresentará: a) máscara gravídica ou cloasma, principalmente em face e testa; b) aumento da tireóide, aumento no ritmo cardíaco; c) varizes e edema de membros inferiores muito frequentemente. À inspeção obstétrica (mamas, ventre, órgãos genitais externos), serão detectados: a) nas mamas, aumento de volume, consistência, temperatura, circulação cutânea, pigmentação da pele e do mamilo; aparecimento do colostro e de saliências na aréola; b) a linha nigra no ventre, seu aumento de volume e cicatriz umbilical semi-apagada; às vezes, presença de estrias gravídicas; c) órgãos genitais externos com aumento da pigmentação da região peri-

neal e grandes lábios; turgescência dos grandes e pequenos lábios e mudança na coloração da mucosa vulvo-vaginal. Ao toque, são percebidas modificações: a) da motilidade, que é preguiçosa em comparação ao útero não grávido; b) da forma, que passa de piriforme a globosa; c) do volume, que aumenta gradativamente; d) da flexibilidade do istmo, que está aumentada; e) da consistência do corpo do istmo e do colo, que estão amolecidos; f) da excitabilidade e contratilidade do útero, que estão aumentados; g) da vagina, que se apresenta com preguçamento da mucosa, alongada, com pulso vaginal e rechaço. Do quinto mês em diante, a gestação poderá apresentar ao interrogatório: a) sensação de "queda do ventre" e "peso" no mesmo; b) polaciúria e disúria; c) dificuldade de andar. À inspeção geral serão observados acentuação dos sinais gravídicos extra-genitais (varizes, edemas, hiperpigmentações, etc.) e apagamento da cicatriz umbilical. A inspeção obstétrica, além dos sinais já descritos, demonstrará contrações espontâneas e indolores do útero e os movimentos ativos do feto. A palpação do útero revelará: a) sua forma oval; b) consistência elástica; c) a altura do fundo do útero, que deve ser proporcional à idade gestacional; d) sua orientação; e) sua posição; f) sua contratilidade; g) sua excitabilidade. À palpação do conteúdo uterino serão percebidos: a) o feto (forma, volume, número, vitalidade, mobilidade, situação, posição, apresentação; b) seus anexos (localização da placenta, quantidade de líquido amniótico). A ausculta revelará sons fetais, anexiais e maternos.

ZIEGEL & CRANLEY (1985) foram as autoras que abordaram de forma mais objetiva os aspectos bio-psico-sócio-espirituais da mulher gestante. Embora não apresentem a gestante distintamente conforme esses aspectos, retratam o período pré-parto de acordo com os

sinais e sintomas físicos, os comportamentos característicos e as tarefas maternas - em ordem de dominância habitual, considerando tais tarefas como os objetivos a serem alcançados pela mulher durante a gestação. Essas autoras elaboraram um resumo esquemático representativo das características da mulher gestante, conforme o evoluir das semanas gestacionais, associando às mesmas, as intervenções que julgam serem adequadas, cujo resumo encontra-se a seguir:

Para os sinais e sintomas físicos que ocorrem de 0-16 semanas de gestação, que incluem amenorréia, fadiga, náuseas, vômitos, hipersensibilidade e crescimento das mamas e micção frequente, os comportamentos característicos da gestante são de ambivalência, procura de supervisão e confirmação clínica da gravidez, e mudanças de humor, para os quais as tarefas maternas deverão ser de aceitação da gravidez, de procura da aceitação da gravidez por outras pessoas importantes e de procura de passagem segura para si própria e para o filho. As intervenções sugeridas à gestante pelo enfermeiro, são as de confirmar a gravidez, fazer anamnese e exame físico, levantar história e instrução dietética, ajudar a expor e resolver a ambivalência, orientar junto à gestante e família quanto a medicamentos, irradiação, embriologia, sinais e sintomas individuais, sinais de possíveis complicações e da normalidade de suas mudanças de humor.

De 16-30 semanas, os sinais e sintomas físicos incluem a percepção dos primeiros movimentos fetais, sensação de aumento de energia, sentimento de bem-estar e dor no ligamento redondo, alterações essas que apressam a resolução da ambivalência. A mulher começa a adquirir aspecto de gestante. Os comportamentos característicos incluem o vestir-se com roupas próprias de gestante, tornar-se mais eloquaz, interessar-se na aprendizagem, por tudo que diz respeito ao

nascimento do bebê (essa é a ocasião em que a maioria das mulheres procura aulas pré-natais, lê livros e conversa com outras gestantes), examinar o seu relacionamento com a própria mãe e considerar seu próprio papel como mãe. A mulher reordena suas relações e interesses. Devido ao trabalho intenso de aceitação da criança e à necessidade de adaptação às suas próprias mudanças, a gestante torna-se mais passiva, mais dependente e deseja mais receber do que dar, procurando mais amor e atenção. Como tarefas maternas, as autoras recomendam a aceitação da criança, a procura da aceitação da criança por outras pessoas importantes e a adoção do papel de mãe. As intervenções do enfermeiro sugeridas são as de avaliar continuamente o estado materno-fetal, risco cardíaco, altura do fundo uterino e urina; controlar pressão arterial, cuidar na alimentação, fornecer à mulher gestante orientações sobre as alterações da libido, mudanças de humor, dependência, introversão e sinais de possíveis complicações.

De 30-40 semanas de gestação, os sinais e sintomas físicos incluem o edema de declive, pressão no abdome inferior, polaciúria, lombalgias, insônia, falta de elegância e fadiga, para os quais os comportamentos característicos consistem em aumento da introversão, da dependência (pede atenção e delicadeza) e da vulnerabilidade; diminui seu interesse pelo sexo, intensifica os estudos sobre trabalho de parto e parto e faz os preparativos para receber o bebê. As tarefas maternas deverão ser as de garantir passagem segura para si própria e a criança durante o trabalho de parto e o parto, aceitar a criança como indivíduo independente, adotar o papel de mãe e garantir a aceitação da criança por outras pessoas importantes, o que é demonstrado pelo lugar que deve haver para ela, tanto na casa

quanto no coração da família. As autoras ressaltam que "a rejeição da criança nesse momento é uma rejeição da própria mulher. Ela precisa de aprovação a respeito do produto que está preparando" (p. 220). Como intervenções sugeridas estão a avaliação física a intervalos mais frequentes, tranquilizar a gestante, dando apoio ao ego quanto a simpatia e valor próprio, orientações relacionadas a sinais e sintomas do trabalho de parto, modificação ambiental para a futura criança e para fornecer repouso para a mãe, satisfação das necessidades de dependência materna e características da primeira infância.

MALDONADO (1988, p.27-48) ao estudar as características dos aspectos psicológicos dos três trimestres da gravidez considera, além daqueles abordados por ZIEGEL & CRANLEY (1985) que, no primeiro trimestre há aumento do apetite, bem como aumento da sensibilidade e irritabilidade que estão intimamente ligados às oscilações de humor. Ainda acrescenta ao segundo trimestre, alterações do desejo e do desempenho sexual, ocorrendo mais comumente a diminuição do desejo sexual, chegando até ao desinteresse total, tanto por parte da mulher como do homem. No terceiro trimestre, observou a autora que há aumento do nível de ansiedade e temores específicos da maternidade, como o temor de ter um filho malformado, medo de morrer e outros medos.

A mulher em sua gestação passa por muitas alterações. Parte de si mesma, semana após semana, vai se modificando, evidenciando a necessidade de atitudes que a mantenham saudável, para as quais o enfermeiro, ao prestar-lhe assistência pré-natal, muito poderá contribuir.

Autores como FAUNDES et al (1987) e ALMEIDA (1985) ao sugerirem ações que abranjam a saúde da mulher, destacam cinco fases: pré-concepcional, pré-natal, parto, puerpério e período inter-gestacional. ZIEGEL & CRANLEY (1985) incluem mais um termo: anteparto, especificando a assistência à mulher gestante até o momento do parto, diferenciando, assim, do termo "pré-natal", que subentende a assistência até o momento do nascimento do concepto.

Na literatura especificamente brasileira o termo utilizado para designar as ações à gestante, é "pré-natal". Assim, considero a seguir, o significado de assistência pré-natal segundo diversos autores.

Autores como REZENDE (1987), BELFORT (1974) e BÉTHEA (1982) referem-se à assistência pré-natal como a assistência à saúde que a gestante recebe durante a gravidez. Para DOMINGUES (1982, p.31) a assistência pré-natal consiste num "programa de exame, avaliação, observação, tratamento e educação da gestante objetivando, na medida do possível, que a gestação e o parto sejam o mais fisiológico possível, e isentos de riscos para mãe e filho". De modo semelhante o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1984, p.19-20) define a assistência pré-natal, tendo-a como "um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto". Já HORTA BARBOSA (1981, p.135) amplia o significado da assistência pré-natal, considerando que os cuidados pré-natais englobam cuidados médicos e sociais prestados à mulher grávida, visando permitir "que ela atravessasse o período da gestação, parto, puerpério e lactação de maneira a mais saudável possível, que dê à luz um produto sadio e que continue apta, não só para retornar às

suas atividades anteriores, como também, para uma nova gestação."

Para BRAGA (1986, p.151) a assistência pré-natal é "a porta de entrada para o sistema de saúde, já que a gestação é o período em que instintivamente predomina o sentimento de proteção ao produto conceptual ...". Considera ainda que a assistência pré-natal adequada é precoce, contínua, periódica e completa.

Os autores que expressamente incluem na assistência pré-natal o binômio mãe-filho, além de salientarem a importância de tal inclusão, inferem a idéia da amplitude dessa assistência.

BETHEA (1982, p.65) distingue a finalidade da assistência pré-natal como sendo dupla ou seja, de proteger e promover a saúde e o bem-estar da gestante, e de salvaguardar a saúde e o bem-estar do feto. Essa autora considera que "o ideal seria que a saúde da mulher ao fim da gravidez fosse tão boa ou melhor do que no início e que cada gestante desse à luz um infante sadio e vigoroso. Se ela estiver em perfeita saúde quando engravidar e mantiver esse estado de saúde durante a gestação e o parto, esses objetivos serão atingidos".

Tais considerações reportam às sugestões feitas por alguns autores, como ALMEIDA (1985) e FAUNDES (1987), de que as ações à saúde da mulher envolvam outras fases além da gestacional, mais especificamente a pré-concepcional e a inter-gestacional, como um meio para propiciar uma fase gestacional sadia.

TROGER (1979, p.257) pondera que as ações de saúde à mulher gestante devem sempre visar como objetivo final, manter a normalidade da gestação, evitar e controlar os riscos, e educar para a saúde através de um programa de exames, avaliação periódica da gestação e tratamento; considera que tal objetivo será atingido através

de ação conjunta dos componentes da equipe de saúde, de modo a transformar a gestação e parto num processo normal sem perigo para a mãe e o bebê.

REZENDE (1987, p.140) e BELFORT (1974, p.239) concebem os objetivos da assistência pré-natal de forma muito semelhante que, sucintamente são: a) orientar os hábitos de vida, o que constitui a higiene pré-natal; b) assistir psicologicamente, ajudando a gestante a resolver conflitos e problemas; c) preparar a gestante para a maternidade, preparando-a para o parto e para cuidar do bebê; d) diagnosticar e tratar doenças preexistentes e que complicam ou agravam a gravidez e o parto; e) tratar os pequenos distúrbios habituais da gravidez e f) prevenir, diagnosticar e tratar as doenças próprias da gravidez ou nela intercorrentes. Embora sucintos, tais objetivos reforçam a necessidade da ação conjunta dos componentes da equipe de saúde, já apontada por TROGER (1979).

Reconheço, como BELFORT (1974), que a assistência pré-natal tem metas amplas e pretenciosas, no entanto seu aspecto fundamental é a qualidade, pois "não é a simples multiplicação dos ambulatórios que irá influir nos índices tanásimos, mas o trabalho idôneo, junto a cada gestante, examinada como unidade autônoma por alguém capacitado a fazê-lo" (p.239).

Está claro que os objetivos apresentados por estes autores englobam assistência bio-psico-sócio-espiritual de dois seres ou seja, o ser-gestante e o ser-conceito, encontrando-se, sob estes aspectos, todo o bem-estar de ambos.

ZIEGEL & CRANLEY (1985, p.218), em seu compêndio, apresentam uma síntese das tarefas ou objetivos que Deutsch, Bibring, Caplan, Tanner e Rubin descreveram, a serem alcançados pela mulher nos

nove meses da gravidez. Reuniram-nas da seguinte forma: a) aceitação da gravidez como simbiose com o feto e, em seguida, aceitação da criança como indivíduo distinto dela própria em preparação para a separação física do parto; b) garantia de aceitação da criança que está gerando; c) procura de uma evolução segura para si e seu filho durante a gravidez, trabalho de parto e parto d) aceitação do papel de mãe. Para essas autoras, o enfermeiro deve estar apto a preencher uma série de necessidades que a gestante apresenta no transcurso da sua gravidez, para isso deve: a) conhecer a história patológica pregressa e atual e avaliar o estado físico da gestante; b) avaliar o estado fisiológico da gestante e do seu feto; c) orientar acerca da nutrição adequada para manter a saúde materna e assegurar um bom desenvolvimento do bebê; d) dar apoio emocional e psicológico; e) educar e orientar a gestante sobre o que está acontecendo no seu corpo e prepará-la para o trabalho do parto, para o próprio parto e para a assistência ao bebê. Dessa forma, o enfermeiro torna-se um provedor da assistência de saúde em colaboração com outros profissionais, onde a cliente toma um papel ativo no planejamento da assistência e nas decisões.

As atividades do enfermeiro acompanharão ou adaptar-se-ão às características de cada fase da gestação, tornando desse modo, muito importante a consideração das peculiaridades de cada trimestre da gestação, além das particularidades únicas e inigualáveis de cada gestante. Ainda ZIEGEL & CRANLEY (1985), ao abordarem as atividades de enfermagem em obstetrícia, consideram que elas incluem a avaliação da saúde, a descoberta de casos, a orientação preventiva, educação, aconselhamento e tratamento dos desvios comuns da saúde. Dessa forma as atividades dirigem-se para melhorar ou corrigir as condi-

ções, impedir a doença e promover a saúde. Segundo elas, tais atividades incluem tanto a habilidade técnica como a interpessoal e a competência intelectual. E, acabam sintetizando a assistência de enfermagem dizendo que "o papel da enfermeira é identificar as áreas em que estão indicadas a promoção da saúde, a prevenção ou tratamento da doença, bem como informar, aconselhar, e educar" (p.01). Ademais, consideram que a procriação é um processo de desenvolvimento, devendo o enfermeiro "conhecer o desenvolvimento humano e facilitar um ambiente que ajude tanto os indivíduos como as famílias a se desenvolverem cognitivamente e psicossocialmente, bem como fisicamente" (p.01). Referem ainda que "as crises de desenvolvimento e, ocasionalmente, as situacionais à procriação reforçam a receptividade da família à aprendizagem. O ensino sadio feito nessa ocasião apresenta, com frequência, benefícios que vão muito além do ano de procriação" (p.02).

Para BETHEA(1982, p.65) a assistência pré-natal inclui os seguintes aspectos: a) avaliação da saúde da gestante no início da gravidez; b) correção de qualquer problema encontrado; c) prevenção de outros problemas de saúde e d) promoção da saúde de modo a favorecer a mulher gestante a chegar ao fim da gravidez tão bem ou melhor do que no início da mesma.

SILVA (1979), ao relatar a experiência que teve com gestantes mediante atividades de consulta de enfermagem, curso de orientação e exercícios psico-físicos, acentua a importância do trabalho de educação para a saúde, pois constatou que houve mudança no comportamento, durante o trabalho de parto e parto, das gestantes que participaram do atendimento das três modalidades oferecidas pela equipe de enfermagem.

Em se tratando de educação para a saúde, TROGER (1979, p.256) refere-se à mesma como sendo, talvez, a atividade mais complexa a ser executada, porque não visa somente dar informações de saúde, mas originar mudança de comportamento para obtenção de melhores níveis de saúde. Lembra, como outros autores já citados (ALMEIDA, 1985 e FAUNDES, 1987), a importância da saúde pré e inter-gestacional da mulher, dado à influência que tem sobre a saúde do conceito e futura criança.

O relato de LUÍS (1985) sobre suas atividades no atendimento de enfermagem em saúde mental às gestantes é uma fonte de sugestões para a assistência pré-natal, ao abordar as duas modalidades de assistência usadas na prevenção da doença mental: a de grupo e a individual. Por considerar as gestantes um grupo exposto à situações de crise, dado as alterações profundas próprias da gravidez, a assistência geral se dava através de sessões de grupo. A abordagem individual implicava no atendimento a uma única gestante que a autora considerava estar em crise. Para ela a abordagem geral tinha como objetivo prestar assistência ao grupo, focalizando os problemas, dificuldades, sentimentos e expectativas comuns. A abordagem individual tinha como objetivo tratar dos problemas, dificuldades e sentimentos específicos de uma determinada pessoa do grupo, que não estava obtendo os benefícios esperados com a assistência de grupo. Suas ações, então, dividiam-se em educativas e terapêuticas, de modo a tornar o trabalho mais operacional. Nas ações educativas as atividades eram de informar e orientar sobre os aspectos anatômico-fisiológicos do corpo humano, do estado gravídico e do feto. As ações terapêuticas eram de: a) coordenar os grupos, procurando estabelecer um ambiente de aceitação; b) responder realisticamente as dúvidas e as

preocupações das gestantes; c) utilizar a livre expressão da gestante e a orientação antecipada como instrumento para aliviar a ansiedade e diminuir os seus medos; d) reforçar as atitudes sadias do grupo (demonstrações de solidariedade e compreensão); e) manejar adequadamente as experiências relatadas pelas gestantes, a fim de que cada uma conseguisse obter algum benefício com elas, sentindo o apoio do grupo e f) esclarecer dúvidas, sintomas e dificuldades diversas, proporcionando alívio de tensões.

Para DOMINGUES (1982, p.31) os pontos importantes na assistência pré-natal incluem os aspectos seguintes: "a) intensa vigilância sobre o estado de saúde da mãe de forma precoce, periódica e contínua; b) diagnóstico precoce de transtornos específicos com a devida correção; c) orientação nutricional e prevenção de fatores teratogênicos; d) prioridade de atenção e cuidados específicos às gestantes de alto e médio risco; e) agendamento para o controle de retorno que obedece a critério convencional; f) planejamento, controle e aplicação de vacina anti-tetânica; g) atuação paralela de educação individual e palestras em grupo; h) implementação de visita domiciliar quando necessário; i) manutenção de centros de treinamento e educação sanitária para os familiares; e j) encaminhamentos específicos aos demais profissionais da equipe de saúde, incluindo revisão clínica, obstétrica, dentária, nutricional, social e outras especialidades eventuais".

A assistência pré-natal, conforme concebida por diversos autores, constitui-se uma excelente oportunidade de que a enfermeira dispõe para ajudar a conservar ou restaurar a saúde da mulher gestante, bem como para orientá-la nos vários aspectos que dizem respeito aos cuidados para consigo mesma e para com o bebê.

3 - Situação atual da assistência à mulher no período pré-natal em nosso meio

Sabe-se que, desde a Declaração Universal dos Direitos do Homem, aprovada e proclamada pela Organização das Nações Unidas em 1948, a mulher e a criança têm direito a cuidados e assistência especiais.

A partir de 1975, com a Lei 6.229 desencadeada por recomendação da Organização Mundial da Saúde e Organização Panamericana de Saúde no ano de 1974, foram introduzidas medidas concretas para articular o atendimento à saúde da mulher e da criança nas três esferas do poder público - federal, estadual e municipal - e o setor privado, iniciando-se a elaboração de uma série de programas. No entanto, a melhoria da saúde pública não pode ser dada apenas com ações governamentais, mas através da participação de entidades privadas, de todos os profissionais da saúde, bem como de toda a população.

TROGER (1979, p.256) considera ser inegável a importância dada à proteção da população materno-infantil, mas salienta, porém, que essa população se orienta mais para os aspectos curativos que preventivos de doenças, onde "um número relativamente grande de gestantes procura atendimento médico durante o parto, (...) não ocorrendo o mesmo no período pré-natal ou inter-gestacional quando a procura dos serviços de saúde para fins de orientação é praticamente nula." Essa autora constatou na publicação número 12, série D, número 4, da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, que o comparecimento da gestante que procura os serviços de saúde estatais, para consulta médica, é em média, de apenas duas a quatro vezes durante a

gestação, recebendo nessa ocasião apenas um mínimo de orientação, o que produz, segundo TROGER, nada ou quase nada em mudanças de atitude. Outra constatação sua é a de que mulheres com muitos filhos tendem a não procurar os serviços pré-natais, alegando experiência anterior, falta de tempo, e até mesmo rejeição da gestação. TROGER lembra, no entanto, que "a nati-mortalidade aumenta consideravelmente após a quinta gestação, como também os perigos e frequência de outros acidentes gestacionais, ocorrências estas que, junto com outras resultantes de fatores sócio-biológicos, põem em perigo a integridade física, psíquica e social da gestante e do feto, sendo portanto, classificadas como 'riscos gravídicos' e passíveis de atenção especial de toda a equipe de saúde" (p.257).

YUNES et al (1987), ao analisarem informações contidas em documentos do Ministério da Saúde, observaram que no período de um ano, cerca de 71% das mulheres que estiveram grávidas tiveram atendimento pré-natal, não sendo os restantes 29% precedidos dessa assistência. Também constataram que o atendimento pré-natal está relacionado com a renda familiar ou seja, quanto menor esta, menor a proporção de mulheres que recebem esse atendimento.

Na literatura são encontrados diversos estudos sobre mortalidade materna, com objetivo de fornecerem dados sobre a saúde materna. ALMEIDA (1985) considera que, principalmente em nosso meio, onde a mortalidade materna é várias vezes mais incidente do que em países dito desenvolvidos, o estudo da mortalidade materna sob todos os aspectos é de capital importância. Este autor cita a identificação feita por Rolf, em 1972, na Califórnia, de 70% de óbitos evitáveis, sendo que grande parte deles foi atribuída a erros médicos e o restante à assistência pré-natal inadequada, muitas vezes por culpa

da própria gestante.

Quanto ao Brasil, BRAGA (1986), ao tratar do problema da mortalidade materna incidente na região sul e sudeste, constatou que há correlação entre ausência de assistência pré-natal e aumento de mortalidade materna ou seja, quanto menor o percentual de gestantes ausentes aos exames durante a gestação, menor é o coeficiente de mortalidade materna. Para ele, uma assistência pré-natal adequada permitiria identificar os casos em que há risco gestacional e encaminhá-los para a assistência adequada. Tal autor considera que os coeficientes de mortalidade materna existentes nos estados das regiões sul e sudeste são decrescentes, mas que permanecem, ainda, em níveis inaceitáveis, e salienta a correlação entre ausência de pré-natal/obituario materno elevado.

NÓBREGA (1980) considera que as altas taxas de morbi-mortalidade materno-infantil, a mais volumosa população no panorama demográfico nacional, devam-se à precariedade assistencial, já que para as gestantes sadias, e talvez portadoras de risco, a cobertura ainda não é feita satisfatoriamente.

FAUNDES et al (1987, p.28) ao abordarem o problema da mortalidade materna, chamam a atenção para situações contrastantes que ainda existem no Brasil, onde, "ao mesmo tempo em que populações inteiras permanecem totalmente desprovidas de quaisquer cuidados em sua fase reprodutiva, há o incentivo ao desenvolvimento e à instalação de tecnologia de ponta, geralmente importada a altos custos e manipulada por pessoal técnico inadequadamente capacitado." Sugerem que, dentre as estratégias de ação para a redução da mortalidade materna, esteja a facilitação quantitativa e qualitativa de acesso das gestantes a unidades de cuidados pré-natais e maternidades.

é importante salientar que os dados quantitativos que se tem não estimam a qualidade de vida, pois no nosso país os dados são estatísticos, obtendo-se deles, índices de mortalidade. Mas a qualidade de vida é medida por diversos indicadores de saúde ligados principalmente às condições sócio-econômicas da população. HORTA BARBOSA (1981, p.135) acentua o significado qualitativo da assistência, ao considerar que "a boa qualidade, eficiência, frequência e extensão da assistência pré-natal revelam, sem dúvida, o grau de desenvolvimento de uma nação."

A literatura demonstra que a gestação não pode ser encarada como um fenômeno isolado, mas ligado às características pessoais da mulher e do seu meio ambiente, quer seja familiar, social, econômico ou cultural.

ALMEIDA (1985, p.1104) atenta para a importância de uma visão mais ampla, ou seja, da mulher gestante inserida num contexto familiar e social, ao se referir à gravidez como um episódio que está ligado não só à mulher como indivíduo, mas também à sua família e ao seu meio social. Recomenda que todas as atividades a serem desenvolvidas no sentido de proteger a maternidade devem considerar esta tripla dimensão para que atinjam a profundidade desejada. Esse autor ainda propõe a melhoria das condições de higiene e saúde da população, com concomitante correção das deficiências dietéticas, pois tais fatores agravam a situação de saúde da mulher gestante.

O Ministério da Saúde em 1984 elaborou um programa para a assistência integral à saúde da mulher, pretendendo enfatizar uma proposta voltada à promoção da saúde do indivíduo e ao reconhecimento do direito de toda a população ter acesso aos serviços de saúde. Embora tendo conhecimento de que o acesso aos bens e serviços dispo-

níveis é extremamente desigual à população, determinando as condições precárias em que a maioria dos indivíduos vive, os programas propostos pelo Ministério da Saúde não visam corrigir essas distorções mas, promover a saúde do indivíduo e permitir que toda a população tenha acesso aos serviços de saúde. Ainda esse Ministério, ao identificar os principais problemas de saúde da população feminina, refere-se ao acompanhamento pré-natal como uma ação de conhecido efeito positivo sobre a mulher e o conceito, mas que se torna um grave problema quando, além de prestar uma precária cobertura de assistência, também é de precária qualidade.

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1984, p.10), "nas unidades da Federação onde a infra-estrutura de serviços de saúde é considerada de melhor nível, como o Rio de Janeiro, São Paulo, Distrito Federal e Rio Grande do Sul, estudos sobre os percentuais de cobertura pré-natal, segundo nível de renda, em uma população de 1.779.762 gestantes, mostraram, entre as mulheres de nível sócio-econômico baixo, uma percentagem sem acompanhamento pré-natal 3,5 a 8,5 vezes maior do que a verificada na população de faixa de renda superior a dez salários mínimos. Nessas unidades, o percentual médio de cobertura entre as mulheres de menor renda situa-se em torno de 70% enquanto nos estratos de maior renda ascende a 94%".

A proposta do Ministério da Saúde baseia-se nos programas de integralidade da assistência, pretendendo que a mesma dê uma abordagem integral ao indivíduo e aos grupos sobre os quais atuar, procurando efeitos em âmbitos coletivos e de proteção duradoura. Esse conceito de integralidade da assistência pressupõe uma prática educativa que permeie todas as ações desenvolvidas, assegurando a apropriação, pela clientela, dos conhecimentos necessários a um

maior controle sobre sua saúde. Tem como um dos objetivos programáticos o aumento da cobertura e concentração do atendimento pré-natal, de modo a proporcionar iguais oportunidades de utilização dos serviços existentes, a toda a população.

Embora programas estejam estabelecidos, há autores como MALDONADO (1988) e NÓBREGA (1981) que percebem que a nossa sociedade ainda não se deu conta claramente das dificuldades da gravidez e, por isso, não oferece o apoio necessário.

A faixa etária da vida da mulher em que ocorre a gestação, é uma faixa pouco sujeita a patologias degenerativas, tornando-a susceptível ao emprego de medidas preventivas que resultem na redução da morbimortalidade.

NÓBREGA (1982, p.20) salienta a importância do preparo psico-físico da gestante, considerando-o indispensável ao bom desenvolvimento grávido-puerperal, embora observe que essa atividade é um aspecto não muito desenvolvido nos serviços de saúde, dado a precariedade do número de enfermeiros que os mesmos possuem para realizar a assistência pré-natal.

DOMINGUES (1982, p.30) sugere que os enfermeiros, como classe, reflitam sobre alguns pontos de aspecto significativo na assistência à gestante, tais como: a) reconhecimento da necessidade de adequação às mudanças nos métodos, diagnóstico e terapêutica da assistência pré-natal, para agir independentemente ou em coordenação com outros profissionais; b) definição das responsabilidades de ações e atividades específicas que justifiquem o valor irrefutável do trabalho do enfermeiro na equipe de saúde junto à gestante; c) análise da participação efetiva e eficaz da enfermagem na assistência à mulher gestante.

Ao analisar a realidade brasileira sócio-politicamente, DOMINGUES (1982) refere-se ao serviço de saúde como se definindo, propondo-se a atender a demanda das necessidades reais, com expressão quali-quantitativa de assistência à comunidade. Lembra ainda que "essa assistência torna-se complexa e onerosa, tem demanda maior que a oferta, reclama a promoção da saúde e proteção específica, exigindo reavaliação do sistema com mudança radical, onde será necessário munir-se de novos conhecimentos, como também mudar certas atitudes em função da nova ênfase atribuída à filosofia, educação e à pesquisa, necessária para a área da ciência da saúde..." (p.28). Para essa autora, a existência de uma ideologia social democrática para o Brasil favorece a pressão de forças sociais nos serviços de saúde no sentido de mudanças radicais no conceito, filosofia e operacionalização assistencial, dado a conscientização do povo. Assim, tendências de origem social, econômica, política e técnica surgem como tentativas de superar a desproporção entre a oferta e a demanda, estimulando a melhoria da cobertura da assistência.

DOMINGUES (1982, p.30) considera também que, a posição da enfermagem vem sofrendo muitas modificações, tendo ampliados os seus papéis, tendo o enfermeiro, responsabilidade pela consulta, diagnóstico e prescrição de enfermagem, com total independência dentro de sua área específica de ação.

Dessa forma, na assistência de enfermagem pré-natal o enfermeiro tem a oportunidade de identificar e corrigir pontos vulneráveis, através da prevenção, melhorando assim, o aspecto quantitativo no que diz respeito à influência que pode ter na diminuição do número de óbitos maternos, bem como o aspecto qualitativo, contribuindo para o aperfeiçoamento das condições de vida da mulher ges-

tante.

4 - Histórico sintético das contribuições teórico-práticas feitas por Daniel quanto à sistematização da assistência e teorização da enfermagem

A literatura nacional e internacional demonstra o trabalho dos enfermeiros em tentar sistematizar a assistência de enfermagem, principalmente nas últimas três décadas, evidenciando a busca de um suporte de conhecimento para fundamentar a prática profissional. Essa trajetória já permitiu que fossem superados muitos dos problemas existentes, com a compreensão por parte dos enfermeiros, da importância do método científico. DANIEL (1989, p.04) considera que muitos profissionais adquiriram consciência de que o método científico é universal e que é possível "utilizá-lo formulando modelos específicos de trabalho em contexto de atuação espaço-temporais diversos", permitindo seu uso ampla e diversificadamente.

Para DANIEL (1989, p.05), a ampliação da visão do saber e do fazer da enfermagem, "tem favorecido a novas contribuições relativas à produção de marcos referenciais e conceituais, emergindo gradativamente na literatura da enfermagem."

As contribuições teórico-práticas de Liliana Felcher Daniel têm sido registradas em seus escritos (1977, tendo em 1981 a sua 3ª edição revista e ampliada, 1983 e 1987).

Em termos da sistematização da assistência de enfermagem, seu interesse começou em 1965, quando encontrava-se em Glendale, Ca-

lifórnia (EUA), assistindo uma série de aulas sobre o planejamento da assistência e vários dos conceitos de necessidades humanas básicas. Era enfermeira-chefe de clínica no Glendale Adventist Medical Center e vinha sentindo a necessidade de metodizar a assistência.

Devido às poucas publicações existentes na época sobre o planejamento da assistência, iniciou, em 1969, um estudo para descobrir modos mais versáteis de levar a efeito um planejamento de cuidados de enfermagem na clínica na qual atuava. De retorno ao Brasil, em 1971, seu interesse pelo assunto aumentou, ao assumir atividades docentes em Escolas de Enfermagem. Passou a observar mais insistentemente a prática assistencial, e após ter realizado uma pesquisa experimental sobre a avaliação de um plano terapêutico, sentiu reforçada a necessidade de terminar o livro **"A enfermagem planejada"**, que foi finalmente publicado em 1977. Em 1979 saiu a 2ª edição e em 1981, a 3ª edição revista e ampliada. Esta obra oferece diretrizes teórico-práticas sobre o planejamento dos cuidados em enfermagem, as quais visam conduzir toda a equipe de enfermagem a um mais amplo atendimento das necessidades específicas e prioritárias das pessoas que se encontram sob os cuidados da enfermagem.

Em 1983 Daniel publicou o livro **"Atitudes interpessoais em enfermagem"**, onde aborda a importância da comunicação e do relacionamento interpessoal efetivo nas ações de enfermagem, incluídos no processo de planejamento, implementação e avaliação da assistência, possibilitando os profissionais da enfermagem a ajudarem as pessoas através de um relacionamento terapêutico.

Com a ampliação da experiência profissional (após ter atuado em diversas áreas como enfermeira de saúde pública, em enfermagem hospitalar geral, em enfermagem psiquiátrica, docência e admi-

nistração, e tendo exercido a profissão durante quinze anos em hospitais americanos), Daniel sentiu necessidade de conceituar algumas das diretrizes fundamentais dos processos propostos para a enfermagem e classificar os referenciais teóricos de base. Elaborou então o livro **"Enfermagem: modelos e processos de trabalho"**, publicado em 1987. Ele se constitui de sugestões metodológicas teórico-práticas objetivando guiar sistematicamente todas as ações de enfermagem, quer seja na assistência, educação, administração e pesquisa, de forma a representar o paradigma da linha de pensamento e trabalho. Para DANIEL (1989, p.13) esta obra contém a explicação parcial dos conceitos apresentados, já que "resta muito para ser analisado, ampliado e adicionado. A tarefa de estudar esses aspectos está intimamente ligada às atividades exercidas na realidade, e por isto requer contínuo empenho."

A trajetória de trabalho de Daniel iniciou com o objetivo de facilitar sua atuação, quer na prática assistencial, administrativa, ensino ou pesquisa, tendo compartilhado suas idéias através de cursos e conferências a nível nacional e internacional. Colaborou na implantação da sistematização da assistência em várias instituições. Suas publicações extrapolaram o território nacional, tendo sido divulgadas pela América do Sul, além de terem sido promovidas por livreiros num país da Europa (DANIEL, 1989, p.13).

Vários estudos têm utilizado os trabalhos de Daniel como referencial bibliográfico. BATISTA (1990) fez um levantamento das referências bibliográficas de artigos contidos em Revistas de Enfermagem brasileiras que se valeram dos trabalhos de Daniel. Os artigos consultados foram os que ocorreram a partir de 1978, já que os trabalhos de Daniel foram publicados inicialmente em 1977. Encontrou os

seguintes dados: na Revista Brasileira de Enfermagem, encontrou onze (11) artigos cujas referências bibliográficas citavam Daniel, estendendo-se os artigos desde o ano de 1978 até o ano de 1986. Na Revista da Escola de Enfermagem da USP, encontrou cinco (5) artigos no período de 1987 a 1988. Achou dois (2) artigos na Revista Enfoque e dois (2) na Revista Enfermagem Atual, sendo que na Revista Paulista de Enfermagem essa autora encontrou três (3) artigos.

Outros trabalhos utilizaram os conceitos de Daniel, tendo significância o estudo de Hense (1987), que aborda a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade ao ter que operar-se, o estudo de Carvalho (1989), em que considera aspectos relacionados à comunicação na enfermagem e o trabalho de Oliveira (1990), sobre a opinião de enfermeiros sobre o exame físico (DANIEL, 1991).

Na literatura de enfermagem, há referências aos trabalhos de Daniel, como sendo de teorização de enfermagem, destacando-se a obra "A enfermagem planejada". Dentre os estudiosos que abordam as obras de Daniel dessa forma, podem ser citados: a) PAULA (1985), que considera o estudo de Daniel (1977) uma publicação que versa sobre a teorização da enfermagem, sem se intitular no contexto de uma teoria, mas que apresenta conceituação e metodologia da assistência sistematizada; b) ELSEN (1985) que, ao abordar a evolução e relevância dos trabalhos de teorização da enfermagem, cita Daniel (1979) como um dos autores da mesma no Brasil e c) CAMPEDELLI (1989) que, dentre outros trabalhos de enfermeiros brasileiros cita Daniel (1977) como autora de uma nova proposta com o objetivo de assistir ao paciente.

Daniel atualmente está compilando uma síntese teórica de toda sua obra, procurando ilustrar o referencial teórico atribuindo-

lhes representações gráficas.

Fiz uso das contribuições feitas por Daniel para fundamentar o presente estudo por acreditar que suas propostas teórico-práticas são exequíveis na prática profissional, além de desejar contribuir, através do conteúdo desse estudo, para aprofundar os conceitos elaborados por Daniel e apresentados especialmente no Modelo de Organização da Enfermagem (DANIEL, 1987), bem como documentar as reflexões resultantes da aplicação do processo da enfermagem planejada (DANIEL, 1977, 1981) na assistência à mulher gestante.

CAPÍTULO III

MARCO REFERENCIAL E PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA A PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM À MULHER GESTANTE

Este capítulo apresenta alguns pressupostos teórico-filosóficos de Daniel, e os pressupostos pessoais, embasados na mesma; apresenta também os conceitos significativos para o presente estudo contido em suas obras, a representação gráfica do marco referencial elaborado e o processo de enfermagem.

Embora os estudos de Daniel não se intitulem como teoria, tratam da teorização da enfermagem, especialmente "A enfermagem planejada" (1977) e "Enfermagem: modelos e processos de trabalho" (1987). Deles extraí os conceitos gerais de SER HUMANO, SAÚDE-DOENÇA, ENFERMAGEM e ENFERMEIRO. O conceito de AMBIENTE teve idéias pessoais. Especificamente do Modelo de Organização da Enfermagem extraí os conceitos de VALORES, POTENCIALIDADES e NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS, tendo servido, tal modelo, para dar origem também à representação gráfica do marco referencial.

A organização do conhecimento para a prática de enfermagem no presente estudo deu-se, portanto, a partir das obras de Daniel, das quais um conjunto de conceituações, o Modelo de Organização da Enfermagem e o processo de enfermagem, serviram para formar um marco referencial para a assistência de enfermagem à mulher gestante.

Marco referencial é a organização da realidade de modo a interrelacionar os fenômenos relevantes da mesma. Nesse estudo, serve de guia, que orienta e ordena a ação do enfermeiro na assistência à mulher gestante, especificando o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com a cliente.

1 - Pressupostos teórico-filosóficos de Daniel e pessoais

1.1-Pressupostos de Daniel

Alguns pressupostos teórico-filosóficos contidos nos estudos de Daniel foram escolhidos para o presente estudo:

1.1.1- "O ser humano é um ser biológico racional, pensante, afetivo, gregário e espiritual; criado por Deus e dEle dependente; com potencial de percepção, compreensão, abstração, volição, dotado do poder de escolha, capaz de desenvolver a linguagem e a escrita e de ser criativo na busca do equilíbrio do seu organismo, existindo através de processos de interdependência, em relação ao Universo (...), a si próprio (...), a outros seres humanos (...), e à História ..." (DANIEL, 1987, p.65).

1.1.2- "O homem vive em contínua busca pelo equilíbrio da saúde; mesmo que voluntariamente esteja cometendo agressões ao seu organismo ou sofrendo indiretamente as interferências negativas do mundo que o rodeia, reconhece-se que o desejo fundamental do homem é o de valorização e aperfeiçoamento do seu ser" (DANIEL, 1983, p.05).

1.1.3- "O ser humano é indivisível e precisa ser compreendido e atendido como um todo, em suas necessidades básicas" (DANIEL, 1983,

p.42).

1.1.4- A enfermagem é fundamentada em diretrizes e incorpora seus atributos inerentes ou seja, recursos, qualidades, prerrogativas que a fazem acontecer, existindo ainda, fenômenos interferentes à sua execução que, "de acordo com a sua força positiva ou negativa podem influenciar as consequências da assistência de enfermagem" (DANIEL, 1987, p.15,36,42).

1.1.5- "O trabalho do enfermeiro guiado por raciocínio lógico, planejado e persistente, e além de tudo permeado por sentimentos de amor ao próximo, poderá resultar num aprimoramento pessoal do profissional e numa qualidade mais elevada da assistência de enfermagem" (DANIEL, 1983, p.04).

1.1.6- O enfermeiro age com reciprocidade, através da interação pessoal com outros enfermeiros, com outros profissionais, com a sua clientela e com qualquer pessoa que necessite da atenção de enfermagem (DANIEL, 1987, p.62).

1.1.7- É através do relacionamento interpessoal saudável que qualquer atividade em enfermagem se deve processar, o qual é levado a efeito através da comunicabilidade, envolvendo "sentimentos, idéias, intercâmbio mútuo, concordâncias, discordâncias, proximidade física, franqueza, sinceridade e tato; é o compartilhar de alegrias e tristezas, é a expressão de gestos significativos, é a compreensão empática de uma infinidade de reações próprias do ser humano" (DANIEL, 1983, p.69).

1.2-Pressupostos pessoais

Os pressupostos que se seguem foram elaborados a partir dos pressupostos teórico-filosóficos de Daniel.

1.2.1- A mulher gestante é uma vida gerando uma nova vida mediante o poder criador e mantenedor da vida, existente no Ser Superior, que é Deus.

1.2.2- A mulher gestante apresenta as necessidades humanas básicas de modo interdependente e dinâmico, o que significa poder necessitar da assistência de enfermagem de forma interligada, global e dinâmica.

1.2.3- A mulher gestante possui valores, potencialidades e necessidades básicas que são determinadas em grande parte pela sua individualidade, pelo ambiente no qual vive, bem como pela sua própria condição de gestante.

2.4- A mulher gestante encontra-se numa condição especial de vida e pode estar passando por experiências agradáveis ou desagradáveis, de ordem biológica, psicológica, social e/ou espiritual.

1.2.5- O trabalho do enfermeiro com a mulher gestante caracteriza-se por um serviço de ajuda, mediante relações interpessoais que, se guiado por raciocínio lógico, planejado, persistente e sobretudo permeado de amor, resulta numa melhor qualidade da assistência de enfermagem e no seu aprimoramento pessoal e profissional.

2 - Conceitos

A seguir encontram-se os conceitos extraídos dos estudos de Daniel, seguidos dos conceitos elaborados para esse estudo, os quais serviram de base teórica para a prática assistencial.

2.1- Ser humano

O ser humano é um ser biológico, dotado de inteligência e vontade que, embora sujeito às leis biológicas, pode utilizar de liberdade de decisão. Ele existe através de processos de interdependência, em relação ao universo, a si próprio, a outros seres humanos e a História. Não pode, pois, "ser compreendido por uma análise partida de seus componentes, mas no sentido de interdependência de cada elemento do organismo vivo, e com o exterior" (DANIEL, 1987, p.60-61). Sua origem é esclarecida pela teoria do criacionismo, a qual explica a essência da origem do ser humano.

O ajustamento do ser humano ao ambiente é demonstrado de diversas formas, pois recebe influência, direta ou indiretamente, "dos legados deixados por outras pessoas e pelos acontecimentos; igualmente, deixa legados para outros seres humanos, afeta o mundo por suas influências, deixa marcas concretas e abstratas, participa de conflitos, deixa resquícios de suas contribuições construtivas ou destrutivas e ainda influencia a escolha de seu destino futuro" (DANIEL, 1987, p.65-66).

O ser humano deste estudo é a mulher gestante que, à luz do Modelo de Organização da Enfermagem de Daniel, pode ser explicitada como uma VIDA, um INDIVÍDUO e um ORGANISMO. Dessa forma, a mulher gestante é uma VIDA gerando outra Vida, caracterizada por VALORES. A mulher gestante como INDIVÍDUO é um ser biológico "singular, indivisível, sinérgico, racional, pensante, afetivo, gregário, espiritual, com potencial de percepção, compreensão, abstração, volição, dotado de poder de escolha, capaz de (...) ser criativo na busca do equilíbrio do organismo" (DANIEL, 1987, p.59), possuindo portanto,

POTENCIALIDADES. Como um ORGANISMO, a mulher gestante manifesta-se como um corpo vivo, com aspectos bio-psico-sócio-espirituais, que se expressam por NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.

As características da sua natureza humana (valores, potencialidades, necessidades básicas) são determinadas pela sua individualidade, pelo ambiente no qual vive e pela sua condição de gestante. Pode estar passando por experiências agradáveis ou desagradáveis de ordem psicobiológica, psicossocial e/ou psicoespiritual.

A mulher gestante estabelece relação de interdependência com o universo, consigo própria, com o ser que está gestando, com outros seres humanos e com a sua história, ou seja, ela recebe influências de legados deixados por outras pessoas e acontecimentos e deixa legados para outros, afetando o mundo por sua influência, deixando resquícios de suas contribuições construtivas ou destrutivas e influenciando seu futuro.

2.2- Saúde=Doença

Admito que "influências como as tensões sociais, os mores culturais, o ambiente físico, o sistema referencial, a própria doença e até as formas como as pessoas são tratadas podem aferir diferentes significados ao que se considera sadio ou não" (DANIEL, 1983, p.06).

Para esse estudo será considerado que: saúde é uma reação natural e uma consequência inata e inalienável ao dom da vida, caracterizada pelo equilíbrio das necessidades bio-psico-socio-espirituais. Doença é o estado em que a capacidade de manutenção do equilíbrio destas necessidades está alterada, provocando um desequilíbrio das necessidades bio-psico-sócio-espirituais. A pessoa sadia é

aquela que desfruta de um equilíbrio das necessidades básicas e, no sentido emocional, é capaz de, mesmo ao enfrentar problemas insolúveis, exercer sua capacidade e criatividade de adaptação e ajustamento à vida. O ajustamento bio-psico-sócio-espiritual do ser humano dá-se mediante um elemento indispensável, inato em potencial no ser humano, que é o poder de escolha, que é um processo normal e indispensável ao ajustamento da personalidade e do organismo em geral, sendo um mecanismo saudável e necessário, segundo DANIEL (1987, p.42). Dessa forma, as características sadias ou positivas da pessoa com saúde seriam "os traços que distinguem a personalidade, expressos através de comportamentos observáveis e que demonstram a capacidade da pessoa se adaptar e se ajustar consistentemente à vida, mesmo quando esta está sujeita a fatores precipitantes de situações problemáticas, e mesmo levando em conta que a adaptação varia de uma pessoa para outra, e de situação para situação (DANIEL, 1983, p.06).

A questão de ajustamento à vida está ligada à íntima relação entre saúde mental e saúde física; sem a primeira, dificilmente há plenitude da segunda. "O desempenho equilibrado da mente conduz a escolhas acertadas na manutenção do organismo, induzindo à maior probabilidade de se possuir saúde física e mental" (DANIEL, 1983, p.06).

O ser humano vive em contínua busca pelo equilíbrio da saúde (DANIEL, 1983, p.05). Embora o poder de escolha seja fundamental para seu equilíbrio, encontra-se sujeito à interdependência de incontáveis forças internas e externas na busca de seu equilíbrio a qual "não depende somente da vontade ou deliberação do indivíduo em obter os recursos exteriores para alcançar um estado de ajustamento. Há outras 'forças' que não as 'interiores', a serem levadas em conta

e que podem interferir. A influência de fenômenos ou forças exteriores (...) pode ocorrer independentemente da vontade do indivíduo e além da sua capacidade de intervir, tolhendo suas condições para evitar perigos e situações desagradáveis ou impedindo obtenção voluntária dos recursos adequados para manter ou restaurar o equilíbrio do organismo. Há, porém, fenômenos alterantes que bloqueiam temporariamente a capacidade de ajustamento, podendo, entretanto, com o tempo, ocorrer um processo de adaptação - apesar da presença de situações adversas" (DANIEL, 1987, p.71).

A mulher gestante assim, utiliza os recursos internos e externos dos quais dispõe, para enfrentar as experiências da vida, obtendo, como resultado, o equilíbrio ou não bio-psico-sócio-espiritual. A gestante com saúde, portanto, é a que consegue manter um equilíbrio das necessidades bio-psico-sócio-espirituais, com capacidade e criatividade para alcançar um estado de ajustamento. Gestante com doença é a que não consegue manter um equilíbrio das necessidades básicas, com incapacidade para ajustamentos, não conseguindo solucionar problemas convenientemente.

2.3- Ambiente

Ambiente é o conjunto de circunstâncias interligadas que rodeiam o ser humano interna ou externamente, durante toda a sua vida, incluindo o período da sua concepção. O ambiente comporta aportes familiares, sociais, culturais, econômicos, políticos, religiosos, educacionais, tecnológicos, que são evidenciados no contexto do ser humano. O ambiente desperta no ser humano faculdades, desenvolvendo-as e cria no mesmo, novos valores. É do ambiente que ele recebe influências e é no ambiente que ele também influencia.

A mulher gestante está inserida nesse conjunto de circunstâncias, cujo ajustamento ao ambiente é mostrado através da sua personalidade, a qual "regula a sintonia do ego em relação ao ambiente" (DANIEL, 1987, p.61-62).

2.4- Enfermagem

"A enfermagem se caracteriza por uma profissão que oferece serviços de ajuda ..." (DANIEL, 1987, p.62), sendo que sua tarefa primordial é AJUDAR, cuja assistência "visa o indivíduo no seu conjunto bio-psico-sócio-espiritual, no sentido de manutenção da saúde, tratamento e reabilitação da doença, realizando-se com o auxílio de recursos humanos morais, sociais, artísticos, científicos e tecnológicos, em atuação participativa com outros profissionais e com os indivíduos receptores da assistência e os a estes relacionados; também estendendo seus serviços profissionais igualmente às áreas de educação, administração e pesquisa. Pode ser considerada, ainda, como uma organização social estruturada, na qual figura a inserção regulamentada, promocional e participativa do profissional; como área do saber, possuindo um corpo de conhecimentos disciplinares próprios, em combinação com outras ciências; e como arte e tecnologia, quanto à perícia dos profissionais em usar os meios e suas personalidades para alcançar os resultados esperados" (DANIEL, 1987, p.17 e 62).

Segundo DANIEL (1987, 1987, p.103), "os principais propósitos da enfermagem são: 1) contribuir à manutenção e obtenção de saúde bio-psico-sócio-espiritual das pessoas atendidas; 2) colaborar para a harmonia e liberdade dos homens na sociedade; 3) proporcionar

uma ocupação profissional para sobrevivência material; 4) favorecer a auto-realização pessoal do profissional". Desta forma, o escopo da enfermagem "é saber lidar com gente, é contribuir para a preservação e restauração da saúde e é ter o devido respeito à vida na promoção de ações necessárias para mantê-la" (DANIEL, 1983, p.65).

A relevância social da enfermagem se dá pela combinação dos recursos humanos, naturais, artísticos, científicos e tecnológicos, associados aos aspectos humanísticos, pois a relação de ajuda na enfermagem "supõe um trabalho embasado científica e tecnicamente, um trabalho levado a efeito de forma estética e artística, e apoiado em qualidades morais e de valorização da vida, da existência, do morrendo e do morrer" (DANIEL, 1987, p.47).

A enfermagem é um serviço de ajuda à mulher gestante, tendo como diretrizes três sistemas: sistema gestante-vida, sistema gestante-indivíduo, sistema gestante-organismo e três características da natureza humana: valores, potencialidades e necessidades básicas. Significa também, ter como atributos, três processos: espiritualidade, reciprocidade e recursos para a manutenção e restauração da saúde, e três encargos: assistência psico-espiritual, assistência psicossocial e assistência psicobiológica.

Enfermagem à mulher gestante significa assim, ajudá-la psico-espiritual, psicossocial e psico-biologicamente, de modo a contemplá-la em suas necessidades básicas, considerando os seus valores e suas potencialidades, os quais influirão na determinação das ações de enfermagem.

A assistência psicobiológica considera mais especificamente, os padrões de atividade diária da mulher gestante, sua saúde e a de seus antecedentes, seus hábitos quanto à promoção da saúde, as

condições da moradia e as alterações fisiológicas e patológicas próprias ou não, da gravidez.

A assistência psicossocial é prestada com a determinação do diagnóstico de enfermagem e do planejamento global de ações dentro das medidas viáveis e dos recursos disponíveis de forma a considerar o ambiente gestacional, familiar, profissional, comunitário, as expectativas circunstanciais, as preocupações da mulher gestante e seu relacionamento interpessoal.

A assistência psico-espiritual à mulher gestante consiste em identificar suas necessidades espirituais, diagnosticar, planejar e atendê-las em consonância com as suas demais necessidades, considerando as atitudes que ela mantém para consigo mesma, sua filosofia de vida e sua filosofia religiosa. Embora o enfermeiro não tenha o poder de suprir cabalmente as necessidades espirituais da mulher gestante, pode contribuir para a busca do conforto espiritual, sendo provedor das condições adequadas no suprimento da necessidade psico-espiritual (DANIEL, 1987, p.44).

2.5- Enfermeiro

O enfermeiro é uma pessoa que ajuda pessoas "na busca da manutenção e restabelecimento da saúde" (DANIEL, 1987, p.14). Sua atenção está voltada para o equilíbrio bio-psico-sócio-espiritual das pessoas, tendo responsabilidade de participação ativa no seu próprio aprimoramento e dos seus semelhantes.

O enfermeiro age através de atitudes interpessoais com outros enfermeiros, com outros profissionais, com a sua clientela e com qualquer pessoa que necessite da atenção de enfermagem. Ele deve

apresentar alguns atributos pessoais indispensáveis para o exercício eficiente e produtivo em enfermagem, pois "as qualidades da personalidade dos profissionais de enfermagem desempenham uma função positiva ou negativa nos efeitos do trabalho" (DANIEL, 1987, p.62). Daniel traz em seus estudos, alguns atributos necessários ao enfermeiro para a busca do conhecimento e ao desempenho técnico, científico, artístico e humanizado em enfermagem, como: amor à busca da verdade, curiosidade, criatividade, senso crítico, senso metódico, auto disciplina, determinação, persistência, coragem, inteligência, compreensão, entusiasmo, bom senso de humor, humildade, prudência, senso de respeito, bondade, firmeza, empatia, conhecimento, destreza, interesse, auto-estima, responsabilidade, honestidade, comunicabilidade, espiritualidade, dentre outros.

Em relação à mulher gestante, como profissional que presta ajuda, o enfermeiro age através de atitudes interpessoais, ambos percebendo e interagindo, resultando em que ambos detectam os valores, as potencialidades e as necessidades básicas afetadas da mulher gestante.

O enfermeiro utiliza os atributos da enfermagem para chegar a um fim desejado. Através dos processos ele interage e pelos encargos, exerce as suas responsabilidades. Dessa forma tem-se que: para a gestante-VIDA, caracterizada por VALORES, o enfermeiro utiliza o processo da ESPIRITUALIDADE, prestando uma ASSISTÊNCIA PSICO-ESPIRITUAL. Para a gestante-INDIVÍDUO, a ação do enfermeiro utiliza-se do processo da RECIPROCIDADE, prestando-lhe ASSISTENCIA PSICOSSOCIAL. Para a gestante-ORGANISMO, com NECESSIDADES BÁSICAS inerentes, o enfermeiro utiliza os recursos para a MANUTENÇÃO e RESTAURAÇÃO da SAÚDE, prestando-lhe ASSISTENCIA PSICOBiológica.

2.6- Valores

"Valores dizem respeito ao grau de importância qualitativa, quantitativa e hierárquica dada a cada concepção pessoal; os valores incorporam-se à crença das pessoas atribuindo conceitos exclusivos aos pressupostos destas. Os valores estão presentes nas idéias de qualquer ser humano, seja no plano consciente ou do inconsciente, existindo variações segundo os fatores formativos da pessoa" (DANIEL, 1987, p.41).

Segundo DANIEL (1987, p.41), "crê-se que os valores incorporam (...) todos os conceitos diretrizes das atividades intelectuais e práticas indicando a influência preponderante e decisiva das ações e, conseqüentemente, revelando-se nas características dos resultados do trabalho, a curto, médio e longo prazo".

Como valores da mulher gestante serão consideradas as suas referências comparativas, suas aspirações básicas, aquilo que ela refere como algo pelo qual vale a pena viver e lutar.

Os valores pessoais podem estar relacionados, por exemplo, à maternidade, à relação mãe-filho, à amamentação, ao trabalho, lazer, alimentação, liberdade, economia, vida, morte, conduta sexual, sentimentos, autoridade, apresentação pessoal, dinheiro, religião, família, saúde, moral, educação, dentre outros.

2.7- Potencialidades

As potencialidades referem-se à capacidade de realização do ser humano ou seja, de sua "possibilidade condicional para realizar ações ou do seu organismo reagir em diferentes formas e graus" (DANIEL, 1987, p.62).

As potencialidades na mulher gestante têm o significado de forças positivas ou seja, tudo aquilo que ela pode realizar ou aproveitar, e que resulta de modo favorável à sua saúde e à saúde do bebê.

2.8- Necessidades_básicas

DANIEL (1987, p.66 e 70) esclarece que, devido à abrangência dos princípios inerentes às necessidades básicas e da diversidade dos componentes perceptivos das pessoas que procuram entendê-las e prover meios para satisfazê-las, é difícil dar uma definição para algo tão complexo. Contudo, dentro da temática do Modelo de Organização da Enfermagem, as necessidades humanas básicas são uma das características da natureza humana, significando "forças vitais, instintos ou impulsos inatos, conscientes e inconscientes do organismo, que levam o homem a movimentar-se, repousar, dormir e retirar do meio exterior recursos próprios indispensáveis à conservação e restauração bio-psico-sócio-espiritual de sua vida e à elevação do nível desta", num contexto de interdependência em relação ao Universo, a si próprio, a outros seres humanos, e à História.

DANIEL (1987, p.67) ao se referir à primeira parte do conceito acima usa a contribuição de Murray, citado por Hall & Lindzey (1957), o qual considera que "cada necessidade é acompanhada de um determinado sentimento ou emoção e tende a utilizar certos métodos para satisfazer a sua inclinação. Pode ser débil ou intensa, momentânea ou duradoura. Geralmente ela persiste dando origem a um comportamento manifesto (ou fantasia) que muda a circunstância inicial de modo a chegar a uma situação final que tranquiliza o organismo".

A segunda parte do conceito usa o verbo "levar" que "serve para designar as forças interiores, os estados vitais, os instintos e impulsos desencadeadores de reações autônomas do organismo para a sua auto-regulagem; e igualmente, refere-se à propulsão dessas forças no sentido de induzir o indivíduo a movimentar-se, repousar, dormir e retirar do exterior recursos próprios indispensáveis à conservação e restauração (...) de sua vida e à elevação do nível desta..." (DANIEL, 1987, p.70).

DANIEL lembra que "a questão de busca do equilíbrio do organismo não depende somente da vontade ou deliberação do indivíduo em obter os recursos exteriores para alcançar um estado de ajustamento. Há outras 'forças', que não as 'interiores', a serem levadas em conta e que podem interferir". Continua, dizendo que "a influência de fenômenos ou forças exteriores (...) pode ocorrer independentemente da vontade do indivíduo e além da sua capacidade de intervir, tolhendo as suas condições para evitar perigos e situações desagradáveis ou impedindo obtenção voluntária dos recursos adequados para manter ou restaurar o equilíbrio do organismo". (DANIEL, 1987, p.71).

As necessidades básicas na mulher gestante são as suas forças vitais, seus instintos e impulsos inatos, desencadeadores de reações que levam a gestante a buscar, consciente ou inconscientemente recursos indispensáveis à conservação e restauração psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual de sua vida e à elevação do nível desta.

Cada necessidade básica da mulher gestante é acompanhada de determinados sentimentos ou emoções e tende a utilizar certos métodos para satisfazer sua inclinação. Ela persiste, originando um

comportamento que muda a circunstância inicial, até chegar a uma situação que tranquilize o organismo.

Na busca do equilíbrio de seu organismo a mulher gestante não depende somente da sua vontade ou deliberação em obter recursos para alcançar estado de ajustamento, pois pode receber influência de fenômenos ou forças exteriores que podem impedi-la de obter os recursos adequados para manter ou restaurar o equilíbrio do organismo.

As necessidades humanas básicas na gestante são interdependentes e dinâmicas, por isso merecem ser reconhecidas e atendidas de forma global e interligada, podendo a assistência de enfermagem colaborar para que isso ocorra o mais próximo possível do ideal.

3 - Representação gráfica do marco referencial

A representação gráfica do marco referencial para a assistência de enfermagem à mulher gestante foi adaptado do Modelo de Organização da Enfermagem de DANIEL (1987) e contém como diretrizes ou seja, como princípios a fundamentarem a organização da enfermagem, os sistemas: VIDA, INDIVÍDUO e ORGANISMO e como marcos conceituais, qualificando tais sistemas, os VALORES, POTENCIALIDADES e NECESSIDADES BÁSICAS.

Através das diretrizes tenho que:

1. A gestante é uma VIDA gerando outra Vida, cuja origem está num Ser Superior, que a mantém e a tudo o que existe no Universo. Como uma VIDA, a gestante tem VALORES, que conferem o "grau de importância qualitativa, quantitativa e hierárquica dada a cada concepção pessoal" (DANIEL, 1987, p.41).

2. A gestante é um INDIVÍDUO "singular, indivisível, cinérgico, racional, pensante, afetivo, gregário, espiritual, com potencial de percepção, compreensão, abstração, volição, dotado de poder de escolha, capaz de (...) ser criativo na busca do equilíbrio do organismo" (DANIEL, 1987, p.59), tendo, portanto, POTENCIALIDADES as quais lhe conferem a capacidade de realizar e de ser.

3. Como um ORGANISMO, a gestante transparece como um corpo vivo, com aspectos bio-psico-sócio-espirituais, que se expressam por NECESSIDADES BÁSICAS.

O enfermeiro, como profissional que presta ajuda, age através de atitudes interpessoais em relação à mulher gestante, ambos percebendo e interagindo, resultando em que ambos também detectam os valores, as potencialidades e as necessidades básicas afetadas.

O enfermeiro utiliza-se, então, dos atributos para chegar a um fim desejado, sendo que, através dos processos, que são o instrumental da enfermagem para trabalhar com a cliente, ele age e reage, e pelos encargos, exerce as suas responsabilidades. Dessa forma tenho que:

1. Para a gestante-VIDA, caracterizada por VALORES, o enfermeiro utiliza-se da ESPIRITUALIDADE, no sentido de estimulá-la e auxiliá-la na sua filosofia de vida e religiosa, e na atitude para consigo mesma, prestando-lhe uma ASSISTÊNCIA PSICOESPIRITUAL.

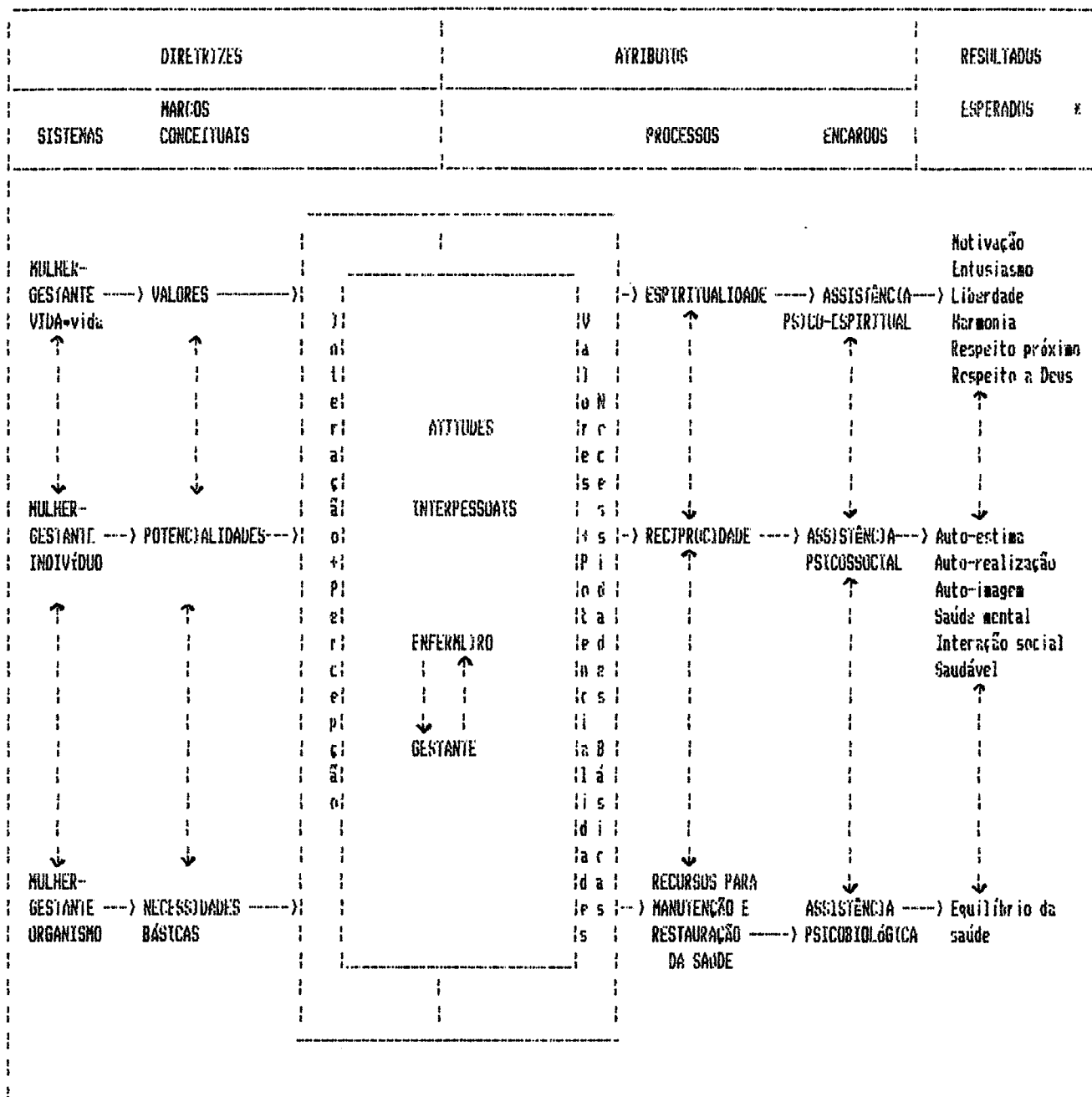
2. Para a gestante-INDIVÍDUO, com POTENCIALIDADES, a ação do enfermeiro utiliza-se da RECIPROCIDADE, no sentido de promover, além da interação pessoal enfermeiro-gestante, a própria interação da gestante com o seu meio gestacional, familiar, profissional e comunitário, prestando-lhe ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL.

3. Para a gestante-ORGANISMO, com NECESSIDADES BÁSICAS inerentes, as ações do enfermeiro dizem respeito a MANTER A SAÚDE E RESTAURÁ-LA quando for necessário, através da ASSISTÊNCIA PSICOBIOLÓGICA.

Como resultados da aplicação dos atributos em decorrência das atitudes interpessoais ocorridas entre enfermeiro-gestante, à luz das diretrizes, espero o alcance dos objetivos propostos por ambos.

À luz do Modelo de Organização da Enfermagem de DANIEL (1987), elaborei a representação gráfica do marco referencial para a assistência de enfermagem à mulher gestante (QUADRO I), o qual é apenas uma forma didática de representar os dados teóricos, pretendendo que a mulher seja assistida no seu todo bio-psico-sócio-espiritual.

QUADRO I



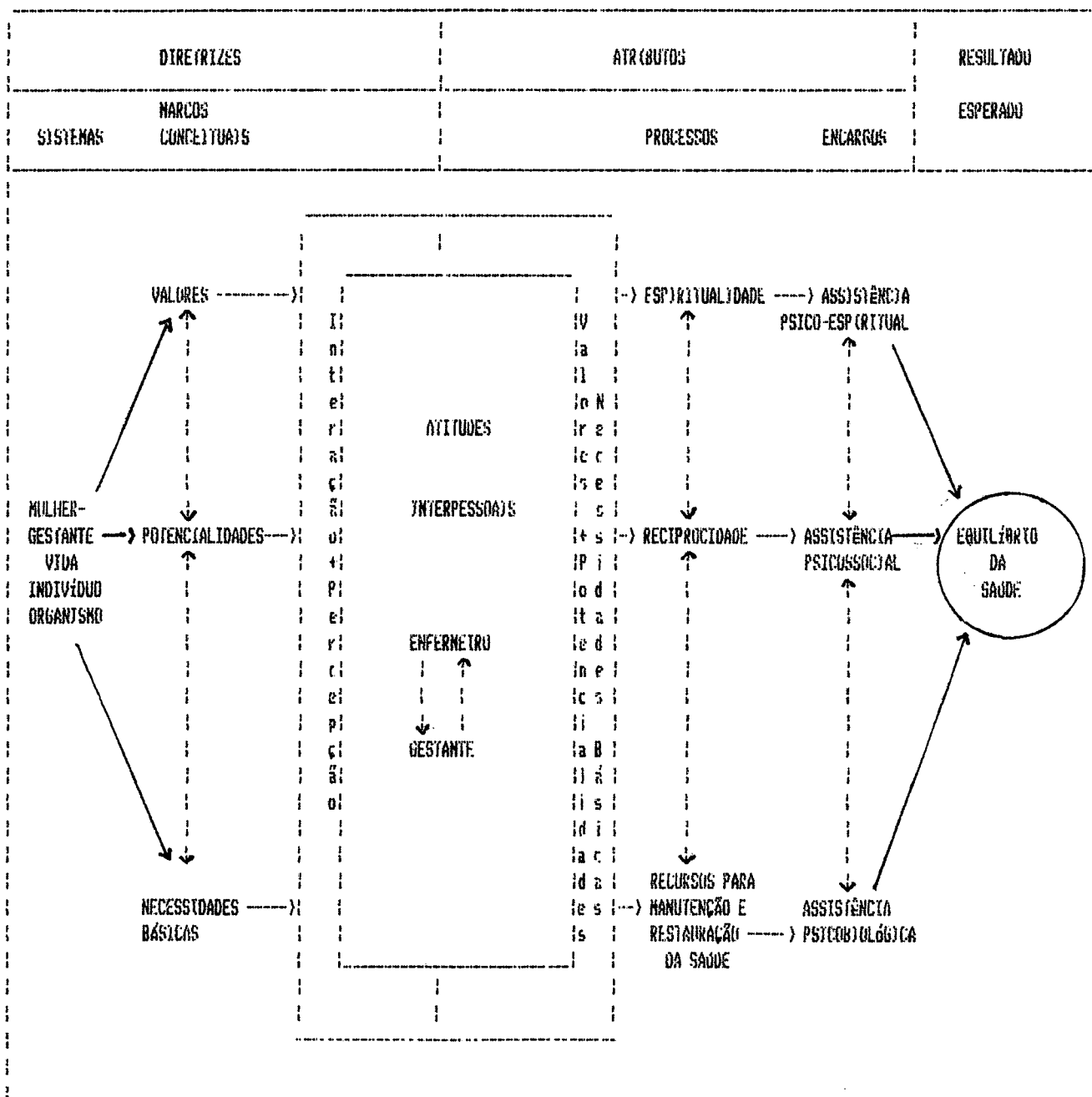
Representação gráfica do marco referencial para a assistência de enfermagem a mulheres gestantes, adaptado por KUNTZE (1988) do modelo de organização da enfermagem de DANIEL (1987).

* Os resultados esperados poderão ser estes e/ou outros.

De modo a tornar o marco referencial mais facilmente compreensível, elaborei graficamente uma representação (Quadro II),

após ter testado e avaliado o marco referencial e processo de enfermagem, pois ele representa mais claramente a unidade da mulher gestante bem como o resultado esperado com as ações de enfermagem.

QUADRO II



Representação gráfica do marco referencial para a assistência de enfermagem a mulheres gestantes, elaborada por KUNTZE (1991)

4 - Processo de enfermagem segundo Daniel

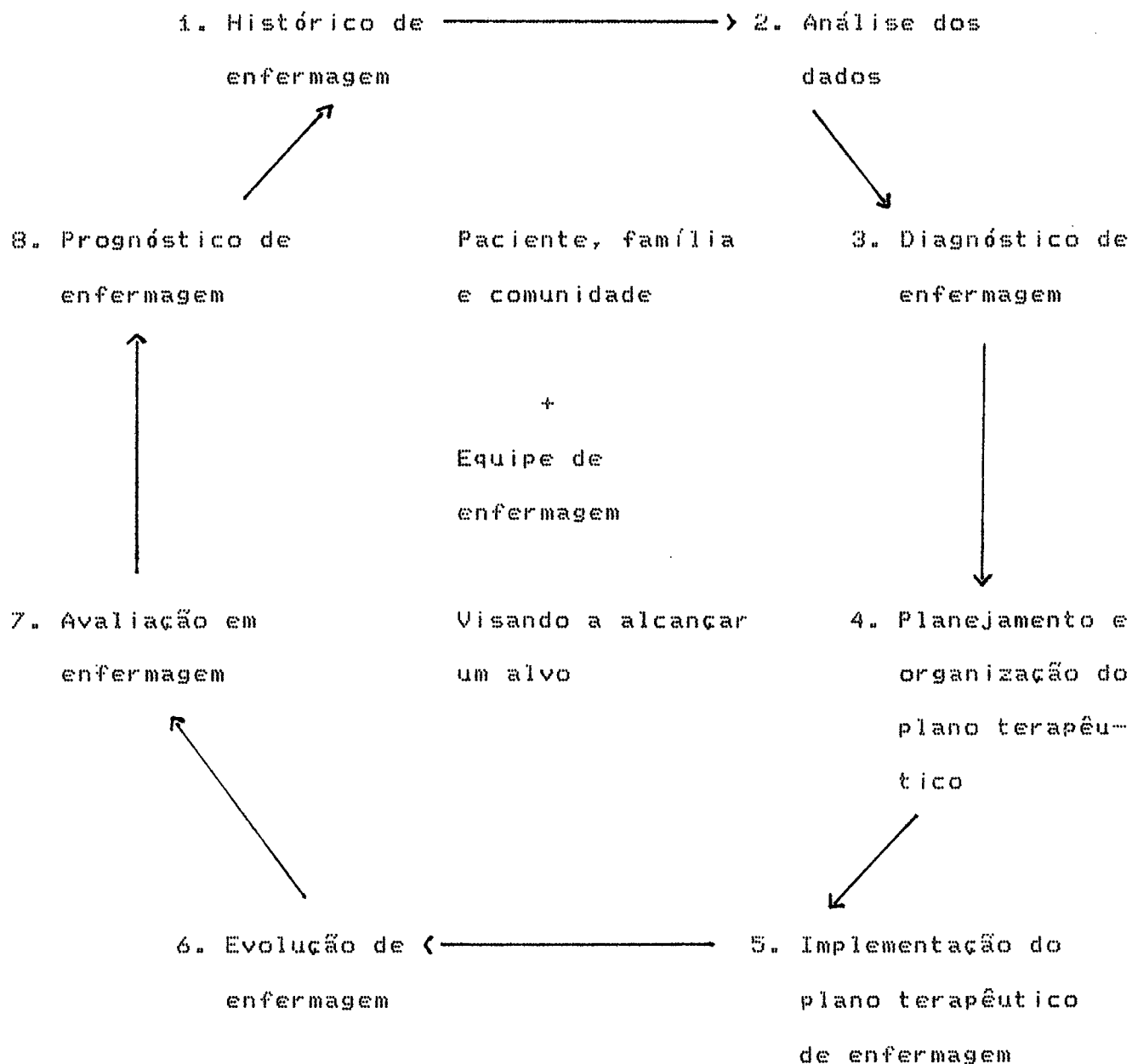
4.1-Definição de enfermagem planejada

Daniel utiliza a nomenclatura "A enfermagem planejada" a qual está ligada ao mesmo significado da expressão "processo de enfermagem", título esse consagrado pelo uso para significar a elaboração de uma assistência de enfermagem sistematizada e organizada.

Para DANIEL (1977, p.05), "a enfermagem planejada consiste na elaboração sistematizada de um Plano Terapêutico de enfermagem pela utilização dos elementos básicos da metodologia científica". É um meio para "conhecer melhor o indivíduo, identificar seus problemas e determinar quais os cuidados de enfermagem indicados a atender as suas necessidades bio-psico-sócio-espirituais específicas", bem como identificar os seus valores e as suas potencialidades, os quais auxiliarão na determinação das ações que, "operacionalizadas através de trabalho científico, oferecem maior probabilidade de se alcançarem resultados mais favoráveis" (DANIEL, p.15).

Esquemáticamente a Enfermagem Planejada pode ser representada como se encontra no Quadro III.

QUADRO III



DANIEL (1977 : p. 13) Configuração esquemática do processo da enfermagem.

4.2-Processo de enfermagem concebido para esse estudo

O processo de enfermagem concebido para esse estudo está fundamentado nos estudos de DANIEL (1977, 1983 e 1987), tendo como filosofia de suporte a crença na responsabilidade do ser humano ter participação ativa no seu aprimoramento e dos seus semelhantes. (DANIEL, 1987, p.32). Utilizei para isso, os atributos da enfermagem, ou seja, "os recursos inerentes, as qualidades, as prerrogativas ou símbolos representativos que caracterizam a realização da enfermagem ...". (DANIEL, 1987, p.18).

Os atributos implicam em processos e encargos, tendo-se dessa forma que, através dos processos, o enfermeiro utiliza-se da espiritualidade, da reciprocidade e dos recursos para manutenção e restauração da saúde; através dos encargos ele presta à mulher gestante assistência global ou seja, no plano biológico, psicológico, social e espiritual. Portanto, através dos processos o enfermeiro age e reage e pelos encargos, exerce as suas responsabilidades.

Das etapas do processo de enfermagem de Daniel, dispensei a etapa de avaliação na situação específica de assistência à mulher gestante, porque os aspectos relacionados a ela foram englobados na etapa da evolução.

Todas as etapas do processo de enfermagem foram implementadas através da consulta de enfermagem, a nível domiciliar e/ou ambulatorial.

A consulta de enfermagem foi a forma de atividade sob a qual eu pude atuar direta e independentemente com a mulher gestante, caracterizando a atuação autônoma da enfermeira.

As consultas iniciais eram marcadas num período de cerca de dez dias. As demais consultas eram marcadas considerando-se essencialmente as necessidades básicas afetadas da mulher gestante.

As diversas etapas do processo de enfermagem procederam-se na consulta de enfermagem conforme as necessidades apresentadas ou seja, às vezes iniciava-se com o levantamento de alguns dados novos, outras vezes com a implementação do plano terapêutico para o atendimento das necessidades prioritárias levantadas anteriormente ou não, e ainda avaliação da assistência implementada.

4.3-Etapas do processo de enfermagem para a assistência à mulher gestante

4.3.1- Histórico de enfermagem

O histórico de enfermagem é a primeira etapa do processo de enfermagem que deve iniciar-se "através da formação de um clima de comunicação, aceitação e participação mútua" (DANIEL, 1987 p.08), sendo um levantamento de dados sobre o cliente que possibilita o desenvolvimento de todas as outras etapas do processo de enfermagem.

Para DANIEL (1977, p.47), "o histórico de enfermagem consiste no levantamento sistemático de informações do paciente, família e comunidade e observações adquiridas através do exame físico do paciente". Para a coleta dos dados do histórico, essa autora sugere um formulário que pode variar em extensão, dependendo de fatores relacionados à assistência a ser prestada, assumindo a forma de questionário ou de itens a serem checados. Seu conteúdo deve ter infor-

mações básicas, tais como a identificação pessoal do cliente, dados sobre necessidades bio-psico-sócio-espirituais, exames complementares, prescrição e orientação médica, dados sobre o exame físico geral, impressões e observações gerais e relatório da entrevista com a família.

Para o presente estudo, o histórico de enfermagem consiste no levantamento sistemático de informações advindas da gestante, mediante entrevista, observação direta, exame físico e dados do prontuário, que se dão na consulta de enfermagem, com a finalidade de identificar seus valores, suas potencialidades e suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais.

O enfermeiro, como profissional que presta ajuda, mantém atitudes interpessoais em relação à gestante, que ocorrem através da comunicação verbal e extra-verbal, através da qual o enfermeiro demonstra aceitação, respeito, compreensão, de modo a que a gestante desenvolva confiança, afinidade e desejo de participar no processo de enfermagem.

O instrumento para coleta de dados foi elaborado a partir das seguintes fontes: a) sugestões de DANIEL (1977, p.48) acerca das informações básicas que o mesmo deve conter; b) lista de necessidades básicas de DANIEL (1977, p.11-12); c) dados a serem levantados na anamnese, sugeridos por ZIEGEL & CRANLEY (1985, p.169); d) dados especificamente sobre aspectos psicoespirituais (HUNGELMANN, 1985, p.147-153); e e) outros instrumentos elaborados especificamente para o atendimento pré-natal (DELFINO, 1988, INAMPS, 1989, DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA, 1989).

O instrumento elaborado para levantar os dados do histórico de enfermagem nesse estudo, consiste num formulário semi-estrutu-

rado e que pretende levantar aspectos relacionados aos dados que se seguem: a) dados biográficos (nome, idade, data de nascimento, local, raça, estado civil, número e idade dos filhos, escolaridade, profissão, ocupação, renda pessoal e familiar, endereço residencial e profissional, fone, religião, data e observações); b) dados sobre necessidades psicobiológicas (aparência geral, condições da moradia, padrões de atividade diária - alimentação e hidratação, eliminações, higiene, sono e repouso, vícios, atividades físicas, atividade sexual, atividade de reprodução - saúde pessoal e familiar antecedente, hábitos na promoção da saúde, outros dados clínicos e controles gestacionais; c) dados sobre necessidades psicossociais (vida familiar, vida profissional, vida comunitária, atividades de lazer, percepções sobre sua gravidez, conhecimentos sobre gravidez, parto, puerpério e recém-nascido, expectativas circunstanciais, preocupações, dúvidas e queixas, relacionamento interpessoal; d) dados sobre necessidades psicoespirituais (atitudes para consigo mesma, filosofia de vida, filosofia religiosa); e) dados indicadores de valores; e f) dados indicadores de potencialidades.

Apesar do instrumento estar organizado numa ordem lógica, em geral não era seguido como tal, já que os dados eram coletados à medida em que a conversa informal com a gestante ia se desenvolvendo. Geralmente os dados eram obtidos em três consultas, marcadas durante uma semana, tendo cada uma duração média de uma hora e trinta minutos.

Os dados obtidos através do histórico de enfermagem foram registrados no próprio instrumento, através do uso de termos descritivos, objetivos e concisos, de modo a facilitar a interpretação por parte do leitor.

O instrumento para o histórico de enfermagem encontra-se no Anexo I.

4.3.2- Análise do histórico de enfermagem

A análise do histórico de enfermagem "é feita pela leitura e avaliação pormenorizada das observações e informações gerais; o estudo do histórico de enfermagem conduz à identificação de problemas" (DANIEL, 1977, p.50).

Para o presente estudo, adotei essa concepção de análise do histórico de enfermagem de Daniel, no entanto acrescentei que a mesma conduz, além da identificação de problemas, também à identificação de valores e potencialidades da mulher gestante, bem como a análise permite chegar às possíveis causas dos problemas. Sendo assim, tal análise permite a identificação dos problemas e suas causas, os quais levam ao diagnóstico de enfermagem, e a identificação de outros valores e potencialidades da gestante, os quais subsidiarão o planejamento terapêutico de enfermagem e sua implementação.

À medida em que os problemas iam sendo levantados, eram listados no impresso usado para o diagnóstico de enfermagem, como sugere DANIEL (1981, p.71);).

Os valores, potencialidades e problemas encontrados pela análise do histórico eram validados ou não pela mulher gestante, na consulta seguinte à análise. Se a gestante validava o que havia sido "classificado" pelo enfermeiro como valor, potencialidade ou problema, seguia-se para a terceira etapa do processo de enfermagem. Se a mulher gestante discordava dos dados encontrados pelo enfermeiro, o aspecto em questão era discutido e então, invalidado de fato ou con-

firmado, de acordo com o que ambos determinavam.

4.3.3- Diagnóstico de enfermagem

"O diagnóstico de enfermagem é a determinação das necessidades básicas afetadas e das situações ou condições que necessitam do atendimento de enfermagem" (DANIEL, 1981, p.73), bem como da natureza da dependência de enfermagem pelo indivíduo, seguindo os critérios de "Total" (T), "Parcial" (P), "Orientar" (O), "Supervisionar" (S) e "Encaminhar" (E).

Para a assistência de enfermagem à mulher gestante nesse estudo, o diagnóstico de enfermagem é a determinação das necessidades bio-psico-sócio-espirituais que precisam do atendimento da enfermagem, mediante o conhecimento dos problemas encontrados e suas possíveis causas, e da natureza da dependência da enfermagem. Portanto, "os resultados obtidos através da análise dos problemas constituem-se em indispensável ponto de referência" (DANIEL, 1987, p.92) para "o diagnóstico, o qual deve apresentar um relato do estado real de uma situação e não a especificação de respostas ou soluções" (DANIEL, 1987, p.94).

Essa terceira etapa do processo de enfermagem era feita através da identificação das necessidades básicas afetadas referentes a cada problema, o que foi facilitado pelo conhecimento das possíveis causas dos problemas. Para a identificação das necessidades básicas, serviu de roteiro a "lista codificada de exemplos de necessidades básicas afetadas" de DANIEL (ANEXO V).

A identificação dos valores e potencialidades ajudou na determinação da natureza da dependência da gestante quanto ao auxí-

lio a ser prestado pelo enfermeiro. Conforme DANIEL (1987, p.93), "o reconhecimento da natureza da dependência do indivíduo é importante para que o enfermeiro possa estabelecer o tipo de seu envolvimento e a intervenção adequada". Os critérios para a dependência da enfermagem são os seguintes: a) a dependência total é a situação em que a gestante depende totalmente da ajuda do enfermeiro; b) a dependência parcial é a situação em que a gestante tem condições de se ajudar, mas não se encontra totalmente independente do auxílio do enfermeiro; c) a dependência de supervisão é a situação em que a gestante cuida-se ou ajuda-se a si própria, mas que requer o acompanhamento do enfermeiro no sentido de observar e controlar; d) a dependência de orientação é a situação em que a gestante necessita de informação, esclarecimento, orientação.

é conveniente salientar que foi importante identificar as necessidades prioritárias ao atendimento no diagnóstico de enfermagem, pois como diz DANIEL (1987, p.93), "uma seleção dos problemas ou condições a serem atendidos é parte essencial desta fase do planejamento, pois nem todos os problemas podem ser resolvidos."

O instrumento para o diagnóstico de enfermagem encontra-se no Anexo II.

4.3.4- Plano terapêutico de enfermagem

O plano terapêutico de enfermagem para DANIEL (1977, p.54) é o planejamento e organização gerais das atividades correlatas à assistência de enfermagem e que conduzem à elaboração e implementação do plano de cuidados de enfermagem, que "é o estudo prévio e teórico-prático de problemas inerentes a atividades específicas que se quer desenvolver no atendimento total (...) de enfermagem ...",

no qual consta a prescrição de enfermagem ou seja, a recomendação escrita dos cuidados a serem prestados, com base no diagnóstico de enfermagem; esta contém um verbo de modo a qualificar a ação específica, a área de ação e o horário ou aprazamento.

O plano terapêutico para esse estudo foi organizado através do estabelecimento dos resultados a serem alcançados com a assistência de enfermagem e a elaboração do plano de cuidados, o qual comporta a prescrição de enfermagem e o horário ou aprazamento.

Segundo DANIEL (1977, p.53) "planejar ou prever é prescrutar o futuro e traçar um programa de ação, determinar o fim que se deve colimar e encontrar os melhores meios para atingi-lo, submetendo o plano às modificações sugeridas pela experiência e pelos fatos".

Mager, citado por DANIEL (1987, p.78), diz que "o resultado do cuidado de enfermagem deve mostrar o que o paciente será capaz de fazer, ou como estaria em consequência da assistência prestada; isto implicaria em determinar especificamente as atividades ou comportamentos a serem realizados, de forma a se poder verificar facilmente se os resultados foram alcançados".

Essa etapa do processo de enfermagem iniciou, portanto, com o estabelecimento dos resultados a serem alcançados, elaborados conjuntamente pelo enfermeiro e gestante e que em suma, estavam voltados para o equilíbrio bio-psico-sócio-espiritual da gestante. Nesse momento eram discutidos os objetivos que a gestante e o enfermeiro pretendiam alcançar, voltados para os problemas apresentados.

Para a elaboração do plano terapêutico, foi importante a consideração dos valores e das potencialidades da gestante, identificados no histórico de enfermagem e sua análise, pois esses torna-

vam-se significativos na definição do planejamento.

O instrumento para o plano terapêutico de enfermagem encontra-se no Anexo III.

4.3.5- Implementação do plano terapêutico de enfermagem

A implementação do plano terapêutico de enfermagem é, como o próprio nome diz, a aplicação do que foi planejado, e ocorreu durante a consulta de enfermagem no ambulatório ou domicílio da gestante, tendo se dado muitas vezes concomitantemente ao levantamento de dados para o histórico de enfermagem, pois a mulher gestante é dinâmica, tendo os dados, servido para rever o plano terapêutico evoluído do plano anterior.

Na implementação do plano terapêutico de enfermagem utilizei os processos da espiritualidade, reciprocidade e recursos para manutenção e restauração da saúde, os quais traduziam-se pelos encargos ou seja, pelas responsabilidades que tinha como profissional perante a gestante, prestando-lhe assistência psicoespiritual, psicossocial e psicobiológica, significando que já tinha identificado as necessidades conforme diziam respeito ao plano psicoespiritual, psicossocial e psicobiológico, e planejado atendê-las em consonância umas com as outras.

4.3.6- Evolução de enfermagem

A evolução de enfermagem é o estudo ou consideração contínua e progressiva das respostas ou reações da gestante à assistência de enfermagem prestada. Conforme DANIEL (1977, p.64) "na evolução de enfermagem são anotados os dados que permitam ajuizar quanto ao resultado favorável ou negativo, ou seja, como a pessoa reagiu ao tra-

tamento".

Nesse estudo, a evolução de enfermagem é o estudo contínuo e progressivo das respostas ou reações da mulher gestante à assistência de enfermagem prestada e um meio para a identificação de novos problemas.

A evolução baseou-se no que a gestante apresentava a cada consulta, correspondendo à sua evolução desde a última consulta havida, como resposta à implementação do plano terapêutico e em específico, da prescrição de enfermagem.

A evolução era registrada num impresso próprio, sendo anotados os dados que permitiam ajuizar quanto à resposta favorável ou negativa ao tratamento de enfermagem, correspondente a cada problema apresentado, seguindo as regras gerais para anotações, citadas por DANIEL (1981, p.92), tais como o uso de termos descritivos, objetivos e concisos.

4.3.7- Prognóstico de enfermagem

O prognóstico de enfermagem é uma estimativa da capacidade, perspectivas e probabilidades da gestante, de atender às suas próprias necessidades básicas, após a implementação do plano terapêutico de enfermagem.

O critério para a determinação do prognóstico de enfermagem foi baseado na evolução de enfermagem, tendo sido consideradas as opiniões e sugestões da gestante.

Constituiu-se na última etapa do processo de enfermagem nesse estudo.

4 - Exemplificação da operacionalização das etapas do processo de enfermagem

A seguir encontra-se um exemplo do interrelacionamento das etapas do processo de enfermagem, mediante a descrição do tratamento dado a um problema de uma das gestantes do estudo:

Mediante a entrevista com uma das gestantes do estudo, constou no histórico de enfermagem que a gestante sentia muito a falta de momentos de reflexão com o marido. Na análise do histórico de enfermagem, esse dado passou a ser o problema: ausência de momentos de reflexão com o marido. Ao serem consideradas as possíveis causas desse problema, obtive que o mesmo poderia ser por incompatibilidade de horários, incompatibilidade de interesses e falta de diálogo sobre o assunto. Portanto, o diagnóstico de enfermagem, conhecendo as causas do problema, foi o de que as necessidades básicas afetadas estavam relacionadas ao equilíbrio no ajustamento social (de relacionamento), no equilíbrio da afetividade (conversação, comunicação) e de filosofia de vida, com dependência de orientação.

Tornou-se fácil compreender por que esse era realmente um problema para a gestante, face ao conhecimento dos seus valores relacionados à família e à religião, obtidos na análise do histórico de enfermagem ou seja, ter Deus na vida, ter momentos de reflexão em família, praticar a religião, ter o companheirismo do marido.

Mediante o conhecimento das potencialidades, também obtido pela análise do histórico, o plano terapêutico ficou mais viável ou seja, as potencialidades foram buscadas, de modo a favorecer o plano terapêutico. Para essa gestante, as potencialidades encontradas foram: a gestante gosta de dialogar, a gestante é auto-determinada, a gestante facilmente perdoa e a gestante apresenta abertura para crí-

ticas.

Para a formulação do plano terapêutico, considerei, juntamente com a gestante, os resultados esperados. O resultado esperado pela gestante era o de ter momentos de reflexão junto com o marido; o do enfermeiro era o de possibilitar um diálogo entre o casal sobre o assunto. Discutindo os resultados esperados, ficou estabelecido que o resultado que esperávamos, gestante e enfermeiro, era o de haver uma conversa sobre o assunto entre a gestante e o seu marido.

A prescrição de enfermagem, assim, foi a de orientar a gestante sobre a importância do diálogo quando um dos parceiros não está satisfeito com algum aspecto de seu relacionamento, já que gosta de dialogar); a ouvir o ponto de vista do marido a respeito (já que demonstra abertura a críticas) e mostrar seu ponto de vista, suas convicções a respeito da importância da reflexão conjunta (já que é auto-determinada).

O enfermeiro, diante desse problema objetivava satisfazer as necessidades psicossociais e psicoespirituais afetadas ou seja, restabelecer o equilíbrio da afetividade (conversação), o equilíbrio no relacionamento e equilíbrio da sua filosofia de vida.

Na evolução constou a resposta ou reação da gestante à assistência que foi prestada: "gestante refere que dialogou com o marido a respeito da necessidade sentida de momentos conjuntos para reflexão, tendo o marido considerado ser isso importante, ambos definindo um horário para tal. Gestante satisfeita com o resultado alcançado".

O prognóstico foi feito mediante uma visão global da gestante, constando que: "a gestante tem demonstrado compreender as orientações fornecidas, já evidenciando mudanças de comportamento;

concluo que ela pode cuidar de si durante o restante da gravidez, bem como do bebê, ao nascer."

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

Neste capítulo encontra-se a descrição da metodologia de implementação da prática assistencial à mulher gestante, guiada por um marco referencial e processo de enfermagem, baseados nos estudos de DANIEL.

i - Tipo de estudo

O presente estudo é um estudo metodológico. Segundo Abdellah & Levine, citados por ROCHA (1991, p.57), os estudos metodológicos "podem ser de dois tipos: a) aqueles estudos para desenvolvimento de instrumentos de pesquisa e, b) aqueles para desenvolvimento de instrumentos e métodos para a prática, administração e educação em enfermagem. Ainda segundo estas autoras a utilização de teorias e modelos como marco de referência da prática constituem-se em estudos metodológicos."

É, portanto, um estudo metodológico de elaboração de um marco referencial para a prática assistencial, baseado nos estudos de Daniel.

Tratando-se de um estudo de elaboração de um marco referencial para a prática, seu desenvolvimento e refinamento exigem sucessivas retestagens e avaliações. O presente trabalho representa a

primeira experiência de testagem na prática, junto a cinco clientes gestantes, do marco referencial específico elaborado.

Este trabalho, como um estudo metodológico, compreendeu, assim, o cumprimento dos seguintes procedimentos: a) seleção dos conceitos estudados por Daniel e definição dos mesmos, adaptados à situação de enfermagem escolhida, qual seja a da cliente gestante; b) adoção e adaptação de alguns pressupostos de Daniel e elaboração de pressupostos segundo as minhas crenças profissionais e pessoais; c) organização dos conceitos e pressupostos de modo descritivo e gráfico encadeados logicamente, representando o marco de referência específico, elaborado como uma primeira tentativa de experienciá-los na prática assistencial; d) definição dos passos e conteúdo do processo de enfermagem segundo o marco elaborado; e) testagem do marco referencial na prática, com a execução do processo de enfermagem junto a cinco clientes gestantes, buscando subsídios para o seu refinamento; f) avaliação desta experiência, destacando os aspectos que funcionaram na prática e aspectos que necessitam de revisão ou reelaboração.

2 - Caracterização do local do estudo

O presente estudo foi realizado no domicílio das clientes, nas cidades de Florianópolis e Tubarão, Santa Catarina, sendo que nesta última cidade, também numa Unidade de Saúde.

Inicialmente a minha intenção era realizar o estudo numa instituição de assistência médica e social com caráter filantrópico da cidade de Florianópolis, na qual eu morava, e que não contava com

a assistência de enfermagem. No entanto, durante o período pretendido de estudo, não houve a procura de gestantes à referida instituição, o que inviabilizou o trabalho na mesma. Como outras duas instituições de Florianópolis com assistência ambulatorial a gestantes encontravam-se paralizadas devido à greve, procurei uma alternativa que servisse à implementação da proposta teórica, e ao mesmo tempo coubesse no período estipulado pela disciplina de Prática Assistencial do Curso de Mestrado, à qual seriam relatados os resultados encontrados. Dessa forma, ocorreu-me a idéia de prestar assistência a gestantes a nível domiciliar, o que pareceu original e perfeitamente cabível dentro da proposta teórico-prática elaborada. Para tanto, recorri à lista telefônica de endereços, procurando localizar gestantes inicialmente, nas vizinhanças, mediante contatos telefônicos. Facilmente obtive a identificação de três mulheres gestantes, das quais duas aceitaram fazer parte do estudo, após os esclarecimentos sobre o mesmo. Com uma das mulheres indicadas não foi possível contato, o que me levou a buscar uma cliente no círculo de amigos.

Como ainda não havia experienciado a proposta elaborada a nível institucional ou seja, ambulatorial, ao retornar às atividades docente-assistenciais em Tubarão, recorri à Secretaria Municipal de Saúde para a concessão de um campo de atuação em uma Unidade de Saúde. Realizei, então, o estudo numa Unidade de Saúde que conta com atendimento médico mensal de cerca de duzentas gestantes, dentre outros clientes. Oferece consultas médicas, psicológicas, odontológicas e de enfermagem. A Unidade possui equipe multiprofissional em cujo quadro há uma enfermeira que trabalha integralmente no período de funcionamento da mesma.

Como o domicílio das gestantes foi um dos locais do estudo, descrevo a seguir, algumas características dos mesmos: quatro clientes moravam em apartamento, todos bem localizados e confortáveis, dispondo de uma sala para as consultas de enfermagem, sendo que três eram próximos à minha residência e um, num bairro distante; uma cliente morava em casa de madeira, a qual era dividida com outros familiares, ocupando apenas dois cômodos e totalmente desprovida de conforto. A essa cliente também prestei assistência ambulatorial, ocorrendo a mesma na Unidade de Saúde já descrita.

Com uma das clientes as consultas de enfermagem deram-se, além do domicílio, no seu local de trabalho, que era um escritório que possibilitava a privacidade.

3 - Participantes do estudo

A clientela desse estudo constituiu-se de cinco mulheres gestantes e os critérios para a sua inclusão consistiram em que as mulheres: a) estivessem em estado gestacional igual ou inferior a sete meses, para que houvesse tempo suficiente para a implementação de toda a proposta teórica; b) dispusessem de tempo para participar do estudo; e c) aceitassem participar do estudo voluntariamente.

Todas as clientes foram consultadas sobre o interesse em participar do estudo e a aceitação por parte delas ocorreu sem dificuldades. Mostraram-se todas interessadas em participar e gratificadas por terem dupla assistência à saúde: médica e de enfermagem, pois estavam tendo também atendimento médico pré-natal. Não houve desistência de nenhuma das clientes.

A média de consultas de enfermagem com cada cliente foi de sete, com duração de cerca de uma hora e trinta minutos cada.

A seguir apresento algumas características gerais das gestantes participantes do estudo, tais como idade, número de gestações, idade gestacional em que se encontravam no início do estudo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e religião: a) a idade das clientes variava entre 24-33 anos; b) duas clientes eram primigestas e três, multíparas; c) quatro delas encontravam-se no sétimo mês gestacional e uma no terceiro mês; d) três eram casadas; uma, embora casada, encontrava-se separada do marido, sem outro companheiro, e uma era separada do marido e vivia com outro companheiro; e) três possuíam o 3º grau completo de escolaridade, uma o 2º grau completo e uma tinha o 1º grau incompleto e não sabia ler; f) três clientes trabalhavam fora, das quais duas em instituições educacionais e uma em escritório também ligado à educação; duas mantinham suas atividades apenas no lar; g) quatro clientes possuíam renda familiar que variava entre dez e vinte e cinco salários mínimos e uma cliente tinha renda familiar de um salário mínimo; h) duas clientes eram católicas, uma adventista, uma batista e uma espiritista; e, i) todas faziam acompanhamento médico pré-natal, sendo que quatro iam a consultórios médicos particulares e uma frequentava o serviço pré-natal oferecido por uma Unidade de Saúde Municipal.

4 - Proteção dos direitos humanos

As mulheres gestantes contactadas eram informadas dos objetivos do estudo e da importância de sua colaboração no mesmo. Eram então consultadas quanto ao interesse em participar ou não do estu-

do, não tendo havido nenhuma resposta negativa. Todas tornaram-se assim, clientes do estudo e receberam garantia do anonimato, tendo seus nomes substituídos por letras e omitidos os seus endereços e telefones.

5 - Coleta de dados

A coleta de dados deu-se através das consultas de enfermagem, mediante a entrevista, os dados da observação, o exame físico, e os exames laboratoriais, mediante a participação ativa da mulher gestante. Utilizei um instrumento em especial, elaborado para a coleta de dados, o qual serviu como roteiro para coleta e registro de dados, que é o instrumento para o histórico de enfermagem (Anexo I), embora outros instrumentos do processo de enfermagem (Anexo II e III), também tenham servido para esse fim.

Apesar de o instrumento estar organizado numa ordem lógica, em geral não era seguido como tal, já que os dados eram obtidos à medida em que a conversa informal com a gestante ia se desenvolvendo.

Inicialmente eram levantados dados básicos e, em seguida, outros dados eram obtidos mediante as informações vindas espontaneamente por parte da gestante, ou por solicitação à mesma.

A coleta de dados deu-se de um modo dinâmico, retroalimentando-se, à medida em que eram levantadas novas informações nas consultas de enfermagem. Algumas vezes, após analisar os dados coletados, eu sentia a necessidade de explorar aprofundadamente algum aspecto considerado importante para entender um problema, ou realçar um valor e/ou potencialidade. Assim, aqueles pontos obscuros, in-

completos, ou que apareciam como conflitivos ou divergentes eram novamente abordados. Dessa forma, existia uma passagem constante entre informações reunidas, a análise dos dados e a busca de novos dados.

Na coleta de dados de quatro gestantes fiz os registros junto à cliente, por considerar que essa era uma forma segura para que os dados não fossem perdidos. Com uma gestante utilizei a gravação da consulta, com transcrição posterior.

6 - Implementação da assistência de enfermagem às gestantes, mediante a aplicação do processo de enfermagem

A descrição da implementação da assistência de enfermagem às mulheres gestantes selecionadas para o estudo, mediante a aplicação do processo de enfermagem, encontra-se no Capítulo III, que trata do processo de enfermagem.

CAPÍTULO V

APRESENTAÇÃO DE DOIS EXEMPLOS COMPLETOS DE PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL À MULHER GESTANTE

Este capítulo tem por finalidade apresentar dois processos de enfermagem, tal como foram implementados na prática assistencial com a cliente gestante.

1 - EXEMPLO Nº1

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

DATA: 31-05, 05-06, 06-06, 15-06, 29-06, 17-07, 08-08-89

I - Dados biográficos

Gestante A, 33 anos, nascida a 10-02-56, branca, casada, sem filhos, 3º grau completo, professora, trabalhando como secretária educacional, com renda familiar de dez salários mínimos, adventista.

II - Dados sobre necessidades psicobiológicas

1. Aparência geral: alegre, aparência saudável, limpa, com roupas adequadas ao momento; com marcha anserina, permanecendo grande parte do dia sentada, com as pernas pendentes.

2. Condições da moradia: mora num apartamento alugado, com sete cômodos, com o marido; possui rede elétrica, rede canalizada de água, rede geral de esgoto, com fogão a gás, possuindo vários eletrodomésticos (geladeira, liquidificador, aparelho de som, TV, bate-deira, etc.), com telefone, automóvel, sem animais de estimação ou roedores e insetos.

3. Padrões de atividade diária: faz o desjejum, almoça e lancha à noite, alimentando-se de feijão, ervilha, lentilha, soja, leite, cereais integrais, leguminosas, tubérculos, frutas, verduras, pão integral, etc.. Bebe pouco líquido, cerca de no máximo, quatro copos de água ou suco por dia. Não apresenta malícia nem vômitos. Teve, no primeiro mês de gestação, náuseas. Muito raramente ainda apresenta picose. Evacua uma vez ao dia, fezes normais; antes da gravidez apresentava constipação, agora não, pois tem cuidado muito na alimentação. Urina frequentemente. Apresentou corrimento vaginal há um mês, amarelo e fétido, mas fez tratamento e curou. Toma banho de chuveiro diariamente, faz higiene bucal após todas as refeições, não usa prótese dentária. Seu sono é leve, por cerca de oito horas. Às vezes dorme à tarde por quinze minutos, mas sempre descansa após o almoço. Não tem vícios. Caminha diariamente por uns quinze minutos, ao ir para o trabalho. Mantém relação sexual com seu marido uma vez por semana, pois não tem vontade de fazê-lo durante a gravidez. Antes da gravidez isso ocorria cerca de três vezes por semana. É

primigesta.

4. Saúde pessoal e familiar antecedente: não refere alergias nem intervenções cirúrgicas. Não lembra das doenças da infância. Seu marido teve convulsões há oito anos, que se repetiram no ano passado. A menarca deu-se aos treze anos. Apresenta varizes em membros inferiores.

5. Hábitos na promoção da saúde: não faz exames médicos regularmente, mas frequenta o odontólogo a cada seis meses. Está tendo acompanhamento médico pré-natal mensalmente. Fez exame preventivo do câncer uterino, não lembrando a época, sendo Papanicolau I. Faz exame preventivo de câncer mamário às consultas médicas. Tomou vacina anti-tetânica somente quando criança. Usou pílula anticoncepcional por três meses.

6. Outros dados clínicos: sangue do tipo A+; em 07-03-89, com 4,5 milhões/mm de eritrócitos, 39% de hematócrito, 13,6g% de hemoglobina, 6.100/mm de leucócitos e glicemia de 77mg/dl. Fazendo uso de um descongestionante nasal e um sulfato ferroso, receitados pelo médico.

7. Controles gestacionais: sua última menstruação foi dia 23-11-88 e a data provável do parto é 30-08-89. O peso anterior à gravidez era cerca de 57Kg. Apresentando 63Kg, pressão arterial de 120*60mmHg, 21cm de altura uterina, 89cm de circunferência abdominal, frequência cardio-fetal de 140 bpm, e apresentação pélvica. Edema discreto nos pés. Sentindo-se cansada, com dor nas pernas. Referindo lombalgia frequente e câibras.

II - Dados sobre as necessidades psicossociais

1. Vida familiar: gestante faz compras, cozinha, cuida da casa e do marido. Seu relacionamento na família é bom, gosta muito do marido, mas sente falta de momentos comuns para reflexão. As pessoas significativas da sua família são o marido, o pai e a mãe. Quem prestará cuidados ao bebê quando este chegar, será a própria gestante, podendo contar com a ajuda da mãe.

2. Vida profissional: trabalha como secretária educacional numa instituição religiosa, organizando material educacional, encaminhando correspondências, datilografando, etc.. Faz planos para voltar a atuar numa escola, para poder trabalhar diretamente com alunos. Acha ótimo seu ambiente de trabalho, sendo significativos o seu chefe e a orientadora educacional. Trabalha em horário comercial, de segunda a sexta feira.

3. Vida comunitária: no momento a comunidade com a qual convive, é a da sua igreja. Não participa das reuniões dos moradores do seu prédio, mas quer participar futuramente.

4. Relacionamento interpessoal: é afetiva e simpática. Gosta das pessoas; acha que pensa mais do que age, sentindo vontade de ser mais útil às pessoas, pois gosta de ajudar. Refere ser tolerante com o modo de ser dos outros, gostando de trocar idéias e dialogar. Refere esquecer facilmente as mágoas.

5. Atividades de lazer: gosta de tricotar, costurar e passear, o que faz sempre que é possível.

6. Percepções sobre sua gravidez: a gravidez foi bem planejada, devido a idade; casou-se tarde e achou melhor ter logo um filho. Anteriormente à gravidez, achava que nunca seria mãe; agora

esse fato é encarado como algo natural. Acha importante a gravidez, pelo fato de que terá companhia do filho. Gostava anteriormente, de fazer faxina em casa, o que foi limitado pela gravidez. No trabalho profissional nada alterou, bem como na vida familiar, a não ser a diminuição da libido. Está achando feio seu corpo grávido e sente-se mais facilmente cansada. Acha que sua pele melhorou depois da gravidez.

7. Conhecimentos sobre gravidez, parto, puerpério e recém-nascido: sobre a fisiologia da mulher, gravidez e parto, tem conhecimentos suficientes, mas tem várias dúvidas sobre puerpério, amamentação e cuidados com um recém-nascido.

8. Expectativas circunstanciais: quer preparar todo o enxoval do bebê no período da gravidez; após o parto, quer gozar de seis meses a um ano de licença para cuidar do bebê. Espera da enfermeira, que esta a oriente em suas dúvidas gerais e a ajude a ter uma gravidez saudável para que o bebê e ela possam passar bem no parto.

III - Dados sobre as necessidades psicoespirituais

1. Atitudes para consigo: está contente com a gravidez, apesar de estar achando feio seu corpo grávido. Valoriza-se como profissional e, após o casamento, passou a se valorizar como mulher, pois antes do mesmo, sentia-se "inútil". Acha-se muito auto-determinada, pois quando se dispõe a algo, luta muito para consegui-lo. Gosta de si mesma e procura melhorar como pessoa.

2. Filosofia de vida: a vida tem significado pela presença de Deus e pelo cultivo do saber e inteligência. Considera que, como a vida terrena é transitória, deve ser bem vivida. Almeja ser uma

boa mãe, ter sua própria casa, não "parar no tempo", crescendo sempre. Crê que as pessoas podem ter vida eternamente. Pratica o que acredita, embora ache que deva ser mais útil às pessoas. Procura imitar as coisas boas que observa nos outros. Está satisfeita consigo mesma, pois o casamento e a gravidez fizeram-na amadurecer, sentindo-se quase que "completa".

3. Filosofia religiosa: crê em Deus e O ama, considerando-O tão supremo, que se torna difícil expressar os sentimentos em relação a Ele. Deus é Quem a dirige e orienta. Desabafa com Deus pela oração. Na comunidade da sua igreja, desenvolve atividades religiosas junto com crianças. Sentiu muita diferença em si mesma quando entrou a religião em sua vida, pois mudou-lhe para melhor; traz-lhe paz, segurança e certeza da possibilidade de uma vida eterna.

V - Dados indicadores de valores

Manter-se casada, maternidade, ser boa mãe, ser útil às pessoas - prestar auxílio, ser sábio, inteligente; auto-desenvolver-se constantemente, ter uma casa, manter o trabalho, manter Deus na vida, ter momentos de reflexão em família, ser competente no trabalho, praticar a religião, manter o companheirismo do marido, manter o corpo bonito, conservar a saúde.

VI - Dados indicadores de potencialidades

Gravidez bem planejada, casamento estável; alimentação, higiene, habitação adequadas; sentimento de valorização pessoal e profissional, auto-determinação, prestatividade, facilidade para

perdoar, abertura para críticas, gosto pelo diálogo, crença num Ser Superior, confiança que deposita na proteção de Deus, bem-estar que sente, atribuído à religião que pratica; possibilidade de desabafar com Deus.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

NOME: A

DATA	PROBLEMAS	POSSÍVEIS CAUSAS	NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS	PRIOR.	NATUREZA DA DEPENDÊNCIA
131.05	Pouca ingestão líquida	. Falta de vontade de beber . Desconhecimento da importância da ingestão líquida na gravidez	Equilíbrio hídrico Equilíbrio do conhecimento	X	0
131.05	Pirose eventual	. Hipotonicidade dos órgãos digestivos por efeito hormonal . Diminuição do ácido clorídrico e pepsina (normal na gravidez)	Equilíbrio digestivo Equilíbrio endócrino	X	0
131.05	Varicosidade em membros inferiores	. Fraqueza congênita das paredes musculares das veias . Aumento da pressão venosa nos MIs . Tônus muscular diminuído . Posição sentada com pernas pendentes durante o trabalho	Equilíbrio circulatório Equilíbrio vascular Equilíbrio locomotor	X	0
131.05	Edema nos pés	. Aumento da pressão capilar dos MIs por pressão do útero gravídico nas veias abdominais e pélvicas . Permanência prolongada em posição sentada com pernas pendentes	Equilíbrio circulatório Equilíbrio vascular Equilíbrio atividade	X	D/S
131.05	Dor nos membros inferiores	. Varicosidades	Equilíbrio circulatório Equilíbrio vascular Percepção sensorial dolorosa	X	0
131.05	Cãibra nos membros inferiores	. Pressão do útero gravídico sobre vasos pélvicos . Níveis reduzidos de cálcio no sangue . Fadiga das extremidades	Equilíbrio circulatório Equilíbrio metabólico Equilíbrio atividade	X	0

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

NOME: A

DATA	PROBLEMAS	POSSÍVEIS CAUSAS	NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS	PRIOR.	NATUREZA DA DEPENDÊNCIA
131.05	Lombalgia	. Fadiga muscular e estiramento . Alterações da curvatura da coluna . Distensão das articulações sacroilíacas	Equilíbrio psicomecânica corporal Equilíbrio articular	X	0
131.05	Fadiga	. Aumento de peso corporal . Alterações da postura . Inadequação dos móveis utilizados no trabalho . Falta de períodos de repouso	Equilíbrio psicomecânica corporal Equilíbrio da atividade	X	0
105.06	Ausência de momentos de reflexão com o marido	. Valor atribuído ao companheirismo e reflexão em família . Incompatibilidade de interesses . Incompatibilidade de horários . Falta de diálogo sobre o assunto	Equilíbrio ajustamento social Equilíbrio da afetividade: conversação/comunicação Equilíbrio no relacionamento Equilíbrio na filosofia de vida		0
105.06	Dúvidas sobre puerpério, amamentação e cuidados com RN	. Primigestação . Inexperiência no cuidado com bebês . Pouca leitura sobre o assunto	Equilíbrio da segurança		0
105.06	Está achando feio seu corpo grávido	. Valor atribuído à beleza do corpo . Preocupação com a percepção do marido sobre ela	Equilíbrio da segurança emocional Equilíbrio perceptivo: auto-imagem		0/P

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

NOOME: A

DATA	PROBLEMAS	POSSÍVEIS CAUSAS	NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS	PRIOR.	NATUREZA DA DEPENDÊNCIA
		. Medo da irreversibilidade			
		. Medo da flacidez posterior			
		. Medo de ficar modificada como pessoa pela experiência da ma- ternidade			
06.06	Gostaria de ser mais útil às pessoas	. Falta de disponibilidade . Filosofia de vida reforça a ne- cessidade de ajudar	Equilíbrio da filosofia de vida Equilíbrio da realização		0/P
08.08	Medo do bebê herdar a crise convulsiva do pai	. Conhecimento da possibilidade hereditária da epilepsia . Incerteza da capacidade de pro- duzir e merecer ter um filho saudável	Equilíbrio da segurança emocio- nal		0

PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

NOME: A

DATA	RESULTADOS ESPERADOS	PLANO DE CUIDADOS		
		PRIOR.	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
131.05	Aumentar ingestão líquida	X	Orientar: . sobre a importância da água no organismo . para deixar uma jarra de água ou suco junto à mesa de trabalho	05.06
131.05	Diminuir o mal estar causado pela pirose	X	Orientar: . sobre o motivo da pirose . para fazer refeições menos volumosas e mais frequentes . para repousar com o tronco elevado (posição semi-reclinada)	05.06
131.05	Aliviar a dor dos membros inferiores	X	Orientar: . para utilizar meias elásticas . para manter as pernas elevadas sempre que possível . para caminhar em intervalos do trabalho	05.06
131.05	Reduzir o edema dos pés	X	Orientar: . sobre as causas do edema . para manter o uso de meia elástica durante o dia . para manter os pés elevados durante o trabalho . para caminhar frequentemente . para, ao deitar, manter decúbito lateral Observar: . edema	05.06
131.05	Aliviar o incômodo causado pelas cãibras	X	Orientar: . sobre a causa das cãibras . para estender a perna . para flexionar o tornozelo e retraindo o pé para cima com os artelhos apertando o joelho no momento das cãibras . para massagear a perna . para aplicar bolsa de água quente	05.06
131.05	Aliviar a lombalgia	X	Orientar: . sobre as causas da lombalgia . para evitar todos os esforços que acentuem a dor . para incluir maiores períodos de repouso	06.06
105.06	Alívio da fadiga	X	Orientar: . para incluir períodos de repouso durante o trabalho . para elevar membros inferiores	06.06

PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

NOME: A

DATA	RESULTADOS ESPERADOS	PLANO DE CUIDADOS		
		PRIOR.	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
			. sobre exercícios para melhora da postura e alívio da fadiga (posição cócoras, posição de buda, balanço da pelve)	
05.06	Possibilitar momentos de re- flexão em conjunto com o ma- rido		Orientar: . sobre a importância do diálogo no relacionamento . para que converse com o marido sobre o assunto	06.06
05.06	Compreender os cuidados ne- cessários no puerpério, ama- mentação e RN		Orientar: . sobre puerpério, amamentação e cuidado ao RN, oferecendo literatura sobre o assunto	15.06 29.06
05.06	Melhorar o equilíbrio per- ceptivo quanto a auto-imagem do corpo grávido		Ouvir: . suas idéias sobre seu corpo Orientar: . sobre a reversibilidade dos órgãos e da estética . a conversar com o marido sobre a maternidade Reforçar: . suas potencialidades	29.06
06.06	Sentir-se mais ativa social- mente; ajudar outras pessoas		Orientar: . sobre participação de alguma atividade comunitária ou religiosa. . a explorar melhor as possibilidades de se sentir útil Ajudar: . a reconhecer suas potencialidades e reforçá-las	29.06 08.08
08.08	Atenuar o temor da herança da epilepsia		Orientar: . sobre a epilepsia . sobre o tabu que existe em relação à doença . ressaltar seu merecimento de ter um filho saudável	08.08

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

06-06-89 - Gestante refere ter diminuído o volume das refeições, sentindo melhora da pirose. Começou a usar meia elástica, embora permaneça com as pernas pendentes no trabalho. Experimentou os exercícios para melhora da postura e alívio da fadiga. Não referiu câibras. Edema discreto nos pés. Em sua mesa de trabalho não há um jarro d'água. Referiu não ter aumentado a ingestão líquida. Salientei novamente a importância de líquido no organismo. Apresentando peso= 63 Kg, PA= 120*60 mmHg, AU= 21 cm, CA= 89 cm, BCF= 140 bpm, apresentação pélvica.

15-06-89 - Refere ter experimentado os exercícios para melhora da postura e alívio da fadiga, mas não tem conseguido tempo para descansar no horário de trabalho, nem caminhar durante o mesmo, por estar com muito serviço. Usando meias elásticas, mas mantendo pernas pendentes. Ainda sente dores nas pernas. Jarro com água pela metade ao lado da mesa - refere estar tomando mais líquido. Expressou satisfação por ter conseguido, junto ao marido, um horário comum para reflexão. Elogiei suas conquistas e estimulei a continuar seguindo as orientações.

29-06-89 - Demonstrou ter lido a literatura oferecida sobre cuidados no puerpério. Manifestou dúvidas quanto aos cuidados higiênicos no puerpério. Aparentando estar desconfortável, referindo dor nas per-

nas. Orientei sobre a necessidade de repousar durante alguns minutos no serviço e manter as pernas mais elevadas. Ofereci literatura sobre cuidados com o recém-nascido. PA= 110*65 mmHg, BCF= 140 bpm, regular.

17-07-89 - Gestante ainda achando seu corpo grávido feio, mas aceitando que é passageiro. Usando emulsões no abdome e mamas para evitar estrias. Relembrados os cuidados com o recém-nascido e esclarecidas as dúvidas sobre os cuidados no puerpério. Peso= 72 Kg, PA= 110*50 mmHg, AU= 34 cm, CA= 102 cm, BCF= 160 bpm, regular, apresentação pélvica.

08-08-89 - Com pés edemaciados, sobre um banquinho, usando meias elásticas. Manifestou medo de seu bebê vir a ter a crise convulsiva como teve o marido na infância. Orientei-a sobre o assunto. Peso= 74,5 Kg, A= 120*60 mmHg, AU= 40 cm, CA= 106 cm, BCF= 140 bpm, regular, apresentação pélvica.

PROGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

A gestante tem demonstrado interesse em se manter saudável e em adquirir mais conhecimentos sobre seu estado gestacional. Tem procurado organizar sua vida de modo a melhor receber o bebê. Apresenta condições favoráveis para cuidar de si e do bebê.

2 - EXEMPLO Nº2

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

DATA: 04-09, 25-09, 27-09, 15-10, 25-10, 25-10, 05-10-90

I - Dados biográficos

Gestante B, 24 anos, nascida a 13-04-66, branca, casada no religioso, com dois filhos menores (5 e 1 anos), 10 grau incompleto, mas não sabe ler, com renda familiar de um salário mínimo, católica.

II - Dados sobre necessidades psicobiológicas

1. Aparência geral: aspecto doentio, pálido, embora sorridente. Boa higiene pessoal, roupas adequadas e limpas, com lordose e marcha anserina.

2. Condições da moradia: mora em casa cedida pelo pai, de madeira, num terreno com outras casas da família; tem dois cômodos (um quarto e uma cozinha), onde mora com o marido e os dois filhos. A iluminação é dada por rede elétrica, tem água canalizada, vinda de uma fonte. A instalação sanitária é fora de casa, com fossa seca e esgoto a céu aberto. Tem fogão a gás e alguns aparelhos eletrodomésticos (liquidificador, TV, rádio, geladeira). A casa possui um quintal com área de cerca de 100m², onde se encontram cachorros, galinhas e gatos. Há ratos e insetos, como baratas e formigas. Preocupa-se com o tamanho da casa, pois acha que não vai poder acomodar a todos.

3. Padrões de atividade diária: faz três refeições ao dia, quando come ovos, feijão, carne às vezes, leite, pão, bolacha, polenta, banana, laranja, etc.. Não come verduras, pois "enjoa". Come todo o dia pela manhã um ovo cozido. Ingere cerca de oito copos de líquidos ao dia. Tem tomado vinho com leite, pois lhe disseram que o vinho "dá leite". Às vezes toma refrigerante. Não apresenta malícia e vômito; tem picose eventual. Vomitou muito no início da gravidez, atualmente não. Hábitos intestinais regulares, urinando muito frequentemente. Com corrimento vaginal amarelado-esverdeado, com prurido. Tem se lavado com álcool e vinagre conforme lhe ensinaram, mas não tem adiantado. Diagnóstico médico de vulvovaginite, tendo recebido em 04-09-90 uma prescrição médica. Toma banho diariamente de aspersão, e faz higiene bucal após as refeições, esquecendo-se às vezes. Usa prótese dentária superior. Tem sono leve, dormindo cerca de oito horas. Há noites em que dorme bem, noutras não. Raramente repousa cerca de quinze minutos após o almoço. Não tem vícios. Suas atividades físicas dão-se nos trabalhos caseiros, embora esteja com dificuldades para realizá-los, por causa da gravidez. Há cerca de três meses não está mantendo relações sexuais com seu parceiro, referindo não ter desejo de ter relações sexuais na gravidez. Teve duas gestações anteriores a essa, todas a termo, com parto normal, no hospital; nenhuma gravidez foi planejada. Refere ter dor e prurido na vulva em todas as gestações, com corrimento. Sentia, nas gestações anteriores, tontura e dor nas costas, mas evoluíram bem. Nessa gravidez quis abortar, desistindo depois, por causa do marido que a queria.

5. Hábitos na promoção da saúde: quando necessário, vai ao médico da Unidade de Saúde ou do INAMPS. Não faz consultas ao odon-

tólogo. Fez exames pré-natais nas outras gestações e está fazendo nesta também, indo mensalmente à Unidade de Saúde. Fez o exame preventivo de câncer uterino uma vez, mas não lembra do resultado, o qual perdeu. Fez as três doses da vacina anti-tetânica há menos de cinco anos. Usou a pílula como método anticoncepcional, mas não quer mais usá-la, e sim, fazer laqueadura.

6. Outros dados clínicos: sangue tipo B+; em 20-08-90 apresentava 3,7 milhões/mm, hematócrito 34%, hemoglobina 11,3g%, leucócitos 14.000/mm; exame parasitológico de fezes acusando *Ascaris lumbricoides*. Com prescrição médica de antifúngico vaginal, sulfato ferroso e anti-helmíntico.

7. Controles gestacionais: a última menstruação ocorreu em 13-02-90, com data provável de parto em 20-11-90. Seu peso anterior à gravidez era de cerca de 44 Kg. Em 04-9-90, apresentando peso de 55,7 Kg, pressão arterial de 100*60 mmHg, altura uterina de 18 cm, circunferência abdominal de 82 cm, frequência cardio-fetal, 140 bpm e apresentação pélvica. Sem edema de membros inferiores. Sentindo-se desanimada, fadigada, dizendo que "três filhos é fogo para criar"; com lombalgia, dor nas pernas e câibras. Referindo medo de ter problemas nessa gravidez.

III - Dados sobre necessidades psicossociais

1. Vida familiar: em casa prepara a comida, limpa a casa, cuida da roupa, das crianças e auxilia na casa da irmã que teve parto cesáreo recentemente. Relaciona-se bem com o pai; com a mãe, não, porque esta "quer que façam tudo para ela". Gosta do marido e dos filhos. Sente-se incomodada por ter que morar junto com a família

(pais, irmãos, todos no mesmo terreno). Diz não ter liberdade para educar os filhos. As pessoas significativas na família são seu pai, o marido e os filhos. Quando tem que sair de casa, deixa os filhos dormindo, pois acha que não tem perigo algum. Não dispõe de alguém para ajudá-la no momento, e ao nascer o bebê, ela mesma é quem cuidará dele.

2. Vida profissional: desempenha todas as atividades de dona de casa: lava, passa, cozinha, leva as crianças ao médico, limpa, arruma. Dobrou seu serviço, porque está cozinhando e lavando para a irmã e pai. Também dá café e almoço para a mãe. Trabalha desde que acorda até ir dormir. Está se sentindo sobrecarregada e muito cansada. Diz não saber até quando vai aguentar fazer tudo o que está fazendo.

3. Vida comunitária: já participou de um clube de mães. No momento não participa de nenhuma atividade.

4. Relacionamento interpessoal: gosta de quem lhe gosta. Demonstra amor, dando carinho e atenção para os filhos, marido e a família. Ajuda os outros como pode, dizendo que o que é dela é dos outros também. Acha-se tolerante em relação aos outros, pois "tolero a mãe que não me ajuda em nada e só me exige". Refere esquecer as mágoas facilmente.

5. Atividades de lazer: gosta de ver TV; se não tivesse TV iria ficar muito triste, pois a vê todas as noites.

6. Percepções sobre sua gravidez: esta gravidez não foi planejada; desejou abortar e tomou providências para isso. Manteve-a porque o marido descobriu e foi contra o aborto. A gravidez significa um gasto maior, pois é o terceiro filho, mas quer que nasça com saúde. A gravidez atrapalha os planos que tinha com o marido de

construir uma casinha, pois faltará dinheiro. Com a gravidez, não consegue mais lavar roupa nem o chão. Antes lavava roupa para fora e fazia faxina, agora grávida não é possível.

7. Conhecimento sobre gravidez, parto, puerpério e recém-nascido: não tem conhecimento de fisiologia da mulher, de gravidez; tem os conhecimentos de sua experiência passada, e de parto só sabe quando rompe a bolsa e quando está na hora de parir. Manifestou tabus quanto à higiene no puerpério. Refere saber como amamentar, mas desconhece os cuidados com a mama. Não sabe cuidar de recém-nascido, pois nunca cuidou dos seus filhos recém-nascidos. Gostaria de saber sobre cuidados da mulher grávida, pois quer se cuidar bem, e ter conhecimentos sobre os cuidados ao recém-nascido.

8. Expectativas circunstanciais: quer se cuidar ao máximo, participando nas consultas de enfermagem e médicas. Quer cuidar do bebê ao nascer e amamentar. Gostaria de ter uma casinha melhor para receber o bebê, mas sabe que isso agora é impossível. Espera que a enfermeira a ajude a ter saúde na gravidez e a oriente naquilo que não sabe.

9. Preocupações, dúvidas e queixas: tem medo da dor que sente nas pernas, pois acha que pode ser algo grave; preocupa-se com o dinheiro que é pouco e com os gastos que terão, tendo mais um filho.

IV - Dados sobre as necessidades psicospirituais

1. Atitudes para consigo: no momento está se sentindo horrível, referindo que "dá medo do barrigão". Acha-se boa demais, não gostando disso, pois às vezes sua bondade a atrapalha. Quando se de-

cide por algo, enfrenta qualquer obstáculo para obter o que quer. Quer ter saúde e esforça-se por melhorar a vida. Quer fazer tudo o que pode para estar bem.

2. Filosofia de vida: a vida é boa, mas se há dinheiro e conforto, senão é muito ruim vivê-la. Quer conseguir mais conforto e viver melhor. Acredita que a vida termina aqui. Demonstra coerência entre os valores e práticas. Quer aprender o que não sabe e quer buscar recursos para se desenvolver. Não demonstra muita satisfação em viver. Acha que está passando por um momento de dificuldades.

3. Filosofia religiosa: acredita em Deus, embora demonstre ser indiferente a Ele. Não percebe Sua presença em sua vida. Questionou se Deus está junto das pessoas. Às vezes reza e vai muito pouco à igreja. Diz ser católica, mas não é praticante, não tendo nenhum significado a religião para si.

V - Dados indicadores de valores

Manter-se asseada, ter TV para se distrair, ter uma casa própria, separada dos familiares, ter mais conforto, viver melhor, manter-se saudável, não ter mais filhos, poder amamentar.

VI - Dados indicadores de potencialidades

Mantém uma boa higiene pessoal; tem TV para o lazer; vontade de se cuidar nessa gravidez; não tem vícios; marido está trabalhando, marido contente com a gravidez; mora em casa com quintal (galinha, ovos), vontade de melhorar de vida; vontade de aprender os cuidados para consigo mesma e para com o bebê; auto-determinada; possibilidade de ter ticket para receber leite; acredita em Deus..

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

NOME: B

DATA	PROBLEMAS	POSSÍVEIS CAUSAS	NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS	PRIOR.	NATUREZA DA DEPENDÊNCIA
04.09	Existência de ratos e baratas na residência	Limpeza inadequada do ambiente interno e externo da casa	Equilíbrio da habitação		0
04.09	Preocupação quanto a acomodação de todos	Casa de duas peças pequenas Inviabilidade financeira para acharem outra moradia	Equilíbrio da habitação Equilíbrio do ajustamento social: econômico		0
04.09	Não utilização de verduras	Mau hábito alimentar Desconhecimento de como usá-las	Equilíbrio do conhecimento	X	0
04.09	Uso do vinho para dar leite	Tabu Má informação	Equilíbrio do conhecimento	X	0
04.09	Pirose	Influxo de secreções gástricas devido ao relaxamento muscular do estômago e cárdia Uso excessivo de café	Equilíbrio digestivo e nutritivo	X	0
04.09	Dor e coceira vulvovaginal (em tratamento)	Vulvovaginite	Equilíbrio imunológico Equilíbrio da higiene corporal Equilíbrio da aparência física Equilíbrio sexual Equilíbrio afetivo: auto-estima	X	0/S
04.09	Sono noturno irregular	Desconforto trazido pelo tamanho corporal Preocupação com o bebê da irmã Excitamento próprio do final da gravidez	Equilíbrio do sono	X	0

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

NOME: B

DATA	PROBLEMAS	POSSÍVEIS CAUSAS	NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS	PRIOR.	NATUREZA DA DEPENDÊNCIA
04.09	Falta de relacionamento sexual com o marido	<ul style="list-style-type: none"> . Tabu . Desconforto pelo tamanho corporal . Cansaço e fraqueza . Insatisfação com sua aparência pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> Equilíbrio sexual Equilíbrio do ajustamento social: interpessoal Equilíbrio da afetividade: auto-imagem 	X	0
04.09	Terceira gestação não planejada	<ul style="list-style-type: none"> . Negligência no uso do método anticoncepcional escolhido . Inabilidade intelectual para o uso correto de algum método anticoncepcional 	<ul style="list-style-type: none"> Equilíbrio reprodutivo Equilíbrio do conhecimento 	X	0
04.09	Ausência de exame preventivo de mamas	<ul style="list-style-type: none"> . Desconhecimento da importância do exame . Desconhecimento de como fazê-lo 	<ul style="list-style-type: none"> Equilíbrio do conhecimento 		0/C
04.09	Verminose	<ul style="list-style-type: none"> . Falta de higiene pessoal . Falta de cuidados na alimentação 	<ul style="list-style-type: none"> Equilíbrio da higiene corporal Equilíbrio nutritivo Equilíbrio imunológico 	X	0/E
25.09	Tontura e fraqueza	<ul style="list-style-type: none"> . Anemia 	<ul style="list-style-type: none"> Equilíbrio metabólico Equilíbrio nutritivo Equilíbrio circulatório 	X	0/T
25.09	Lombalgia	<ul style="list-style-type: none"> . Fadiga muscular . Estiramento muscular devido a lordose 	<ul style="list-style-type: none"> Equilíbrio ortostático 	X	0

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

NOME: B

DATA	PROBLEMAS	POSSÍVEIS CAUSAS	NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS	PRIOR.	NATUREZA DA DEPENDÊNCIA
25.09	Dor nas pernas e medo de complicações	. Ortostatismo prolongado . Varicosidades	Equilíbrio circulatório	X	0
25.09	Cansaço físico ((fadiga)	. Sobrecarga de atividades . Aumento de peso . Falta de períodos de repouso	Equilíbrio ajustamento social: ocupacional Equilíbrio do repouso/lazer	X	0
25.09	Cãibras nas pernas	. Estiramento da musculatura e fásia . Prejuízo circulatório muscular devido pressão útero grávido . Diminuição do teor de cálcio sérico	Equilíbrio circulatório e metabólico	X	0
25.09	Medo de ter problemas nessa gravidez	. Intenção e ação inicial no sentido de interromper a gravidez . Problemas havidos com os dois outros filhos ao nascerem . Falta de recursos financeiros	Equilíbrio ajustamento social: segurança e econômico	X	0
25.09	Desanimada com essa gravidez - acha que "ter três filhos é fogo"	. Escassez financeira . Gravidez não planejada . Alteração nos planos que vinha fazendo	Equilíbrio no ajustamento social: econômico e segurança	X	0
25.09	Descontentamento por ter que morar junto de outros familiares	. Desajuste com a mãe . Valor dado à casa própria e privacidade	Equilíbrio da habitação Equilíbrio ajustamento social: relacionamento e individualidade		0

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

NOME: B

DATA	PROBLEMAS	POSSÍVEIS CAUSAS	NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS	PRIOR.	NATUREZA DA DEPENDÊNCIA
25.09	Insatisfação pela impossibilidade de construir sua casa	. Atual gravidez vai consumir todos os recursos financeiros . Valor atribuído à casa própria	Equilíbrio no ajustamento social: econômico Equilíbrio da afetividade: realização		0
27.09	Preocupação com os gastos que interão com esse filho	. Baixa renda familiar . Necessidades econômico-financeiras pelas quais passaram ao ter outros filhos	Equilíbrio ajustamento social: econômico		0/E
27.09	Descontentamento com sua aparência física	. Preocupação com a percepção do marido sobre ela . Medo da irreversibilidade	Equilíbrio da afetividade: auto-imagem Equilíbrio ajustamento social: segurança	X	0
27.09	Dúvidas sobre a gravidez, parto e cuidados com RN a gravidez	. Não saber ler . Desinformação a respeito . Desinteresse anterior sobre estes assuntos outros filhos ao nascerem . Falta de recursos financeiros	Equilíbrio no ajustamento social: segurança Equilíbrio do conhecimento	X	0/0

PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

NOME: B

DATA	RESULTADOS ESPERADOS	PLANO DE CUIDADOS		
		PRIOR.	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
04.09	Diminuir os ratos e baratas da residência		Orientar: . sobre a importância da limpeza da residência e arredores . sobre a guarda do lixo . sobre o uso de um inseticida	25.10
04.09	Melhorar a acomodação de todos na casa, inclusive do bebê		Sugerir: . modificação na organização dos móveis para acomodação de todos	25.10
04.09	Possibilitar a utilização de verduras	X	Orientar: . sobre o aproveitamento do quintal para plantio . sobre a importância das verduras na alimentação . sobre o preparo das verduras e legumes	04.09
04.09	Evitar o uso do vinho	X	Orientar: . sobre malefícios do uso do álcool . sobre o uso de chá de erva-doce	17.10
04.09	Diminuir o mal estar causado pela pirose	X	Orientar: . a fazer refeições pequenas e mais frequentes . sobre o maléfico uso excessivo do café	04.09
04.09	Reversão da vulvovaginite	X	Orientar: . sobre a higiene local . sobre o aplicador vaginal Supervisionar: . o uso correto do aplicador vaginal	04.09

PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

NOME: B

DATA	RESULTADOS ESPERADOS	PLANO DE CUIDADOS		
		PRIOR.	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
04.09	Favorecer o sono à noite	X	Orientar: . sobre posição de Sims para repouso . sobre o uso de líquidos e banho morno antes de deitar	25.09
04.09	Favorecer o relacionamento sexual com o marido	X	Orientar: . sobre as atividades sexuais na gravidez . sobre suas percepções de auto-imagem	17.10
04.09	Favorecer o planejamento familiar	X	Orientar: . e discutir sobre os métodos anticoncepcionais com a gestante e o marido . sobre possibilidades de uma melhora do nível de vida	17.10
04.09	Possibilitar o auto-exame de mamas		Orientar: . sobre a importância do auto-exame de mamas . sobre o como fazer o auto-exame	17.10
04.09	Normalizar a hematimetria, o hematócrito e hemoglobina	X	Encaminhar: . para o médico Supervisionar: . o uso de medicamentos, se prescrito Orientar: . sobre a utilização de alimentos ricos em ferro	04.09
04.09	Reverter a verminose	X	Encaminhar: . para o médico Orientar: . sobre a higiene pessoal e dos alimentos	04.09

PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

NOME: B

DATA	RESULTADOS ESPERADOS	PLANO DE CUIDADOS		
		PRIOR.	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
25.10	Melhorar a tontura e a fraqueza	X	Orientar: . sobre alimentação adequada . sobre o uso da terra do quintal para plantar Solicitar: . hemograma para controle	17.10
25.09	Aliviar a lombalgia	X	Orientar: . sobre as causas da lombalgia . para evitar todos os esforços que acentuem a dor . sobre a posição adequada para dormir (DLE), inclusive nos períodos de repouso . sobre os exercícios para melhora da postura	17.10
25.09	Aliviar a dor nas pernas	X	Orientar: . para manter os MIs elevados sempre que puder . para evitar posição ortostática por muito tempo	17.10
25.09	Diminuir a fadiga	X	Orientar: . sobre períodos de repouso mais frequentes . sobre alimentação mais reforçada	25.10
25.09	Diminuir câibras	X	Orientar: . sobre os movimentos de perna e pé para evitar a câibra	25.09
25.09	Diminuir os medos sentidos da gravidez	X	Ouvir: . sobre seus medos e angústias Esclarecer: . as suas dúvidas sobre o assunto	17.10

PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

NOME: B

DATA	RESULTADOS ESPERADOS	PLANO DE CUIDADOS		
		PRIOR.	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
25.191	Compreender o momento pelo qual está passando	X	Ouvir: . suas idéias sobre seu descontentamento e frustrações com planos anteriormente estabelecidos Refletir: . junto à gestante sobre o seu momento atual Estabelecer: . prioridades a serem atendidas	17.10
25.091	Possibilitar meios para obter o enxoval do bebê		Relacionar: . as roupas e utensílios necessários para o bebê Encaminhar: . para um serviço de assistência social	25.10
27.091	Melhorar o equilíbrio perceptivo quanto a auto-imagem do seu corpo grávido	X	Ouvir: . e aceitar idéias sobre seu corpo Investigar: . suas percepções sobre seu corpo Estimular: . a gestante a manifestar suas percepções sobre a maternidade Orientar: . sobre a reversibilidade dos órgãos e da estética . a conversar com o marido sobre o corpo	25.10
27.091	Compreender os cuidados necessários à gravidez e ao RN	X	Orientar: . sobre os cuidados necessários na gravidez . sobre os cuidados ao RN . a participar do grupo de gestantes do INAMPS	25.10

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

25-09-90 - Visita domiciliar à gestante. Referiu ter tomado o anti-helmíntico, mas não comprou ainda o suplemento ferroso receitado pelo médico e não está usando a pomada vaginal por não saber aplicá-la. Orientada quanto ao uso e salientado a importância do medicamento. Alimentando-se bem, apenas sentindo-se muito cansada. Queixou-se de dor na perna. Fornecidas orientações sobre a melhora da alimentação, medidas a serem tomadas quando houver câibras e orientações sobre a melhora do sono. Marcada outra consulta para dia 27-09.

27-09-90 - Referiu ter comprado o sulfato ferroso. Demonstrou a técnica correta para a aplicação da pomada vaginal. Orientada quanto a utilização de verduras e leguminosas ricas em ferro. Vai plantar espinafre no quintal. Marcado consulta para dia 17-10, na Unidade de Saúde. Peso= 58 Kg, PA= 110*80 mmHg, AU= 27 cm, CA= 91 cm, BCF= 140 bpm, regular, apresentação pélvica.

17-10-90 - Visita domiciliar à gestante. Referiu ter se sentido mal no dia anterior, tendo tonturas. Faltou à consulta de enfermagem por medo de se sentir mal novamente. Estava ainda em jejum e levei-a ao laboratório para colher sangue para hemograma. Mostrou-se muito interessada no exame, querendo se ajudar. Diminuiu corrimento vaginal. Cooperando na assistência. Fornecidas orientações previstas para o dia de hoje.

25-10-90 - Aparência saudável, corada, alegre. Tomou toda a caixa do suplemento ferroso. Alimentando-se bem. Tem descansado mais frequentemente durante o dia, mas ainda queixando-se de dor no membro inferior direito. Cessou o corrimento vaginal. Não está usando mais vinho. Incentivada a continuar alimentando-se de verduras e legumes que contêm ferro. Orientada sobre a posição do feto no útero, sobre os cuidados no puerpério, cuidado com as mamas e com o recém-nascido. Resultados dos exames laboratoriais, favoráveis: eritrócitos= 4.4 milhões/mm³, hematócrito= 40%, hemoglobina= 13,3g%, leucócitos= 6.500/mm³. Apresentando 62 Kg, PA= 105*70 mmHg, AU= 29 cm, CA= 94 cm, BCF= 160 bpm, apresentação pélvica.

05-11-90 - Gestante decidida a fazer laqueadura, já tendo conversado com o médico. Conseguiu donativos de roupas para o bebê e um berço; continua em precária situação econômico-financeira. Recebendo ticket para leite. Sentindo-se menos atarefada, pois a irmã a está auxiliando nas atividades domésticas. Demonstrou ter apreendido as orientações fornecidas sobre os cuidados com o recém-nascido. Reforçadas orientações sobre os cuidados no puerpério. Peso= 62 Kg, PA= 110*80 mmHg, AU= 32 cm, CA= 97 cm, BCF= 140 bpm, regular, apresentação encefálica.

PROGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Gestante demonstrou ter compreendido as orientações básicas sobre os cuidados consigo na gravidez e puerpério e cuidados com recém-nascido.

Não conformada com a sua situação econômico-financeira. Tem vontade de trabalhar para ajudar financeiramente em casa. Necessita de acompanhamento quanto aos cuidados com o recém-nascido e orientações quanto à alimentação e higiene da habitação.

CAPÍTULO VI

REFLEXÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DO MARCO REFERENCIAL E PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA ASSISTEN- CIAL À MULHER GESTANTE

Neste capítulo apresento algumas reflexões sobre a utilização do marco de referência e o processo de enfermagem na prática assistencial a mulheres gestantes. As reflexões sobre o marco de referência são apresentados, abordando-se cada conceito em particular, dando-se o mesmo com cada etapa do processo de enfermagem.

1 - Marco de referência

Os estudos de DANIEL (1977, 1983, 1987) oferecem um conhecimento significativo no sentido de dirigir o enfermeiro nas ações de ajuda às pessoas em suas necessidades básicas. A assistência de enfermagem orientada pelos seus estudos encontra-se permeada de relacionamentos interpessoais, possibilitando a interação entre enfermeiro e gestante, bem como a participação ativa desta em todo o processo de enfermagem.

Em minha experiência como acadêmica de enfermagem havia utilizado o processo de enfermagem de Daniel e alguns de seus conceitos. Mas foi neste estudo que eles foram "descobertos" realmente. O fato de ter sido aluna de Daniel no curso de graduação em enferma-

gem, contribuiu para que suas conceituações e concepções filosóficas fossem por mim internalizadas mais facilmente. Mas, ter elaborado um marco de referência para a prática assistencial a partir dos seus estudos foi um desafio e uma experiência muito enriquecedora.

Com esse estudo passei a ter mais clareza da enfermagem e sua natureza e da significância da compreensão, internalização e aplicação de conceitos na prática assistencial. O interrelacionamento de conceitos, sem dúvida, criam uma maneira nova de compreender a profissão. Assim, a representação gráfica do marco referencial foi útil porque ofereceu uma organização para a reflexão, observação e interpretação do que é visto na realidade.

A seguir descrevo os aspectos mais significativos que foram vivenciados e refletidos acerca dos conceitos do marco de referência, através da abordagem de cada conceito em particular.

1.1-Ser humano

Os pressupostos filosóficos concebem o ser humano como um ser criado por Deus. Nesse estudo percebi que a vida da mulher gestante e a vida do seu conceito são inexplicáveis pela razão mental, ficando evidente o que é citado por DANIEL (1987, p.35) que, apesar da grandiosidade do ser humano sua "razão não é poderosa em si mesma para desvendar todos os anseios humanos"; utilizei, como essa autora, a crença nos conceitos criacionistas, tal como se encontram nos escritos bíblicos, para poder compreender a origem da Vida.

A forma holística de ver o ser humano gestante permeou este estudo, desde o levantamento de dados do histórico de enfermagem.

A explicitação do ser humano gestante como uma VIDA, um INDIVÍDUO, um ORGANISMO, deu idéia das inúmeras dimensões que integram um ser humano. Tal explicitação possibilitou a compreensão do seu todo holísticamente. Pude perceber que não é possível fazer delimitações entre estes três sistemas, os quais auxiliam a visão teórica do ser humano, pois na prática a mulher gestante foi vista como um ser holístico, total. Os três sistemas mencionados mantêm-se interligados, juntamente com as características da natureza humana, de modo que a mulher gestante se manifesta sempre com valores, potencialidades e necessidades humanas, as quais interferem umas nas outras, sendo levantadas no histórico de enfermagem. Isso é corroborado por DANIEL (1987, p.60), ao dizer que "o homem não pode ser compreendido por uma análise partida de seus componentes, mas no sentido de interdependência de cada elemento do organismo vivo, e com o exterior".

Observei também, que o ser humano gestante utiliza-se da liberdade de decisão, mesmo estando sujeito a leis biológicas. Um exemplo a ser citado é o de uma cliente gestante que decidiu ter parto cesáreo, mesmo sabendo das possibilidades e vantagens de ter um parto normal, decisão essa que foi mantida e respeitada. Embora essa situação não exemplifique a decisão mais acertada, segundo concepções científicas sobre o parto, mostra que a mulher está seguindo rumos de sua própria escolha.

Notei que o ser humano gestante evidencia, como mencionado por DANIEL (1987), processos de interdependência com o Universo, consigo própria, com outros seres humanos e com a História, além da interdependência que mantém com o ser gerado.

Com relação ao Universo, a mulher gestante mostrou-se parte integrante do mesmo, como um ser vivo, dependendo dos meios pro-

vidos pelo Universo para uma vida saudável, como ar, água, sol, meios esses, essenciais para a manutenção da sua própria vida e da que está gerando. A vida da mulher gestante, portanto, depende das leis do Universo, dos efeitos climáticos, do ciclo dos tempos. Seu amadurecimento e o da vida que está gerando dão-se num tempo regido por leis universais, num ciclo de dias e noite. Portanto, interpretei a interdependência que ela mantém com as leis do Universo, como uma relação vital, essencial para ela como um ser vivo e humano.

Com relação a si mesmo, o ser humano gestante mostrou-se interdependente no sentido de manifestar-se como resultado final de reações bio-psico-sócio-espirituais, quer fossem emocionais, bioquímicas, endócrinas, enzimáticas, ou outras. Suas partes mostraram-se tão integradas "de tal modo que a cessação dessa cinergia implica no desaparecimento ou grande transformação das funções que ele (ser humano) manifesta" (DANIEL, 1987). Manteve interdependência de cada elemento do organismo vivo ou seja, de seus aspectos bio-psico-sócio-espirituais, que formam o todo da mulher gestante.

Com relação aos outros seres humanos, a mulher gestante também mostrou-se interdependente porque não vivia só, precisava de outros para viver. Observei que ela necessitava do companheirismo do marido, e/ou dos amigos, e/ou dos familiares, profissionais, etc., com os quais contava para: manter ou restaurar sua saúde (enfermeiro, colegas, etc.); para expressar seus sentimentos de amor, interesse, revolta, mágoa, perdão, etc. (amigos, marido, familiares, etc.). A mulher gestante mostrou-se compromissada com várias pessoas, demonstrando envolvimento e responsabilidade em relação a outros. Exemplos encontram-se nos processos de enfermagem, na abordagem da mulher gestante quanto às pessoas significativas na família,

no trabalho, na comunidade.

Com relação à História, seu passado, seu presente e as perspectivas de futuro mostraram-se interferentes em sua vida, bem como a mulher gestante deu provas de ter interferido e continuar interferindo na mesma. Os valores, as potencialidades e as necessidades básicas da mulher gestante mostraram-se não só como resultado final de reações bio-psico-sócio-espirituais, mas também como resultado de uma história, a sua história passada e presente, com todas as suas vivências e experiências positivas e negativas e que interferiam nas perspectivas que ela fazia para o futuro. Para FROMM (1988, p.124), "assim como o homem transforma o mundo ao seu redor, ele também se auto-transforma no processo da história."

Com relação ao ser que está gerando, a gestante manteve estreita relação de interdependência, pois enquanto o ser gerado depende da mulher gestante para a sua existência, esta depende do ser gerado para continuar na situação de gestante.

DANIEL (1987, p.66), ao abordar esta interdependência do ser humano, no contexto da enfermagem, refere que "tentar tornar um indivíduo totalmente independente é inviável. É possível, somente, ajudá-lo a saber selecionar as suas alternativas e a desenvolver a sua iniciativa e criatividade saudável quanto às ações da existência".

Essas interdependências são abordadas, de certa forma, por BARDWICK (1981), ao escrever sobre o feminismo e a mulher na sociedade em transformação, dizendo que "felizmente, dentro do feminismo e do setor acadêmico, as mulheres começaram a olhar para si mesmas; em que nos temos transformado? como é nossa visão íntima, quais são nossas forças, nossas prioridades? Qual a nossa história, nossa con-

tribuição, nossas tradições, a origem de nosso senso de honra?" Saliência que as mulheres devem se orgulhar das qualidades, valores e realizações que têm sido historicamente seus. Para essa autora, não se pode rejeitar o que, biológica e historicamente, é exclusivo da mulher. Nas mulheres gestantes do estudo, evidenciei uma consciência muito forte de estarem realizando algo que, biológica e historicamente era só seu, bem como o fato de, por estarem dando vida a novos seres humanos, estarem concretizando uma importante realização pessoal.

O ser humano gestante "transpareceu" através do seu comportamento e comunicação verbal e não verbal, possibilitando a identificação de suas potencialidades físicas, mentais, sociais e espirituais e também dos seus valores. Observei que a mulher gestante pode estar passando por um período de vida agradável ou não. Uma das gestantes, por exemplo, primigesta, com situação familiar, profissional e financeira, dentre outras, estável e promissora, estava vivendo a gestação com muita alegria e perspectivas positivas. Empenhava-se grandemente no seu bem-estar, preparando-se de todas as formas para receber o bebê da melhor forma possível. Outra gestante do estudo, se separou do marido durante a gravidez, vivenciando assim, um período de muita instabilidade, principalmente nos aspectos psicossociais (vida familiar e financeira). O período gestacional não era, portanto, agradável, por mais que se sentisse satisfeita com a gravidez.

1.2-Saúde=Doença

Observei que as mulheres gestantes do estudo esforçavam-se para manter a sua saúde. Todas faziam um esforço emocional para ajustarem-se à situação de gestantes, ou seja, buscavam recursos internos e externos dos quais dispunham, para se manterem saudáveis. Os recursos internos traduziram-se pelos seus valores e potencialidades que as levavam a ser criativas, usar suas capacidades para manterem-se num estado de equilíbrio bio-psico-sócio-espiritual, portanto, influíram no seu estado de saúde, embora não evidencie ter isso sempre ocorrido de forma consciente. Os recursos externos foram traduzidos também por potencialidades pertencentes ao meio ambiente da mulher gestante ou seja, aquilo que não estava em si, mas acessível ao uso para manter-se saudável, como sua família, a cultura de que dispunha, os recursos econômicos, tecnológicos, dentre outros.

Embora tenha sido evidente em todas as mulheres gestantes do estudo a busca pelo equilíbrio bio-psico-sócio-espiritual, de forma consciente ou não, não encontrei parâmetros para a indicação de um ponto de equilíbrio das necessidades humanas básicas. Quantificar as necessidades humanas básicas afetadas, classificando-as conforme fossem psicobiológicas, psicossociais ou psicoespirituais não bastaria para ser afirmado que a mulher gestante encontra-se em equilíbrio bio-psico-sócio-espiritual, ou não. Assim, o termo "equilíbrio" não se mostrou satisfatório para ser usado junto às necessidades bio-psico-sócio-espirituais, como indicador da situação de saúde ou doença, pois não é mensurável.

Observei que em nenhum momento as mulheres do estudo tiveram todas as suas necessidades humanas básicas satisfeitas e percebi que tais necessidades funcionavam como motivadores, como afirmado por DANIEL (1987, p.68), pois para cada necessidade não satisfeita havia, por parte da gestante, a busca de meios para satisfazê-la. Isso converge com idéias de FROMM (1988, p.33) ao abordar as forças motivadoras do homem, quando diz que "a necessidade de encontrar soluções sempre renovadas para as contradições de sua existência, de encontrar formas cada vez mais elevadas de unidade com a natureza, com seus próximos e consigo mesmo, é a fonte de todas as forças psíquicas motivadoras do homem, de todas as suas paixões, seus afetos e ansiedades." Notei também que, embora a mulher gestante não conseguisse satisfazer todas as suas necessidades bio-psico-sócio-espirituais, muitas vezes enfrentava seus problemas e achava alternativas para solucioná-los. Em outras vezes, embora tentasse enfrentar um problema, não achava alternativas de solução, sendo importante então, a interferência profissional do enfermeiro, no sentido de atender a necessidade básica afetada, restaurando o seu equilíbrio, visando favorecer a restauração da saúde. Isso pode ser exemplificado pelas diversas situações que deparei de dúvidas e tabus que a gestante manifestava em relação a cuidados no puerpério e com o recém-nascido. A gestante com dúvidas, apresentava-se mais ansiosa, tendo afetadas necessidades relacionadas aos aspectos psicossociais, apresentando especialmente desequilíbrio da segurança e conhecimento. Após a intervenção do enfermeiro no sentido de orientá-la, dar-lhe as devidas informações e certificar-se da apreensão desse conhecimento, restabelecia-se o equilíbrio da necessidade básica afetada e conseqüentemente diminuía ou desaparecia o estado de ansiedade.

Observei também que, embora a gestante procurasse se manter saudável, às vezes influências externas, alheias à ela ou à sua vontade, interferiam no seu equilíbrio bio-psico-sócio-espiritual. Uma das gestantes do estudo preocupava-se muito com a acomodação de todos em sua casa, especialmente pela vinda do bebê, seu terceiro filho. Sua casa era composta por dois cômodos, sem conforto nenhum e com espaço físico reduzido para acomodar a todos adequadamente. Por mais que se esforçasse pelo conforto, influências externas sociais, como pouco dinheiro, devido ao baixo salário do marido e a impossibilidade financeira de procurarem outra moradia, mantinha as necessidades afetadas sem poderem ser resolvidas, comprovando o que DANIEL (1987, p.66) referiu acerca da existência de forças exteriores que podem interferir na vontade do indivíduo, tolhendo as condições para evitar situações desagradáveis ou impedindo a obtenção voluntária dos recursos adequados para manter ou restaurar o equilíbrio do organismo.

1.3-Ambiente

Percebi que é inevitável que a mulher gestante influencie no ambiente, bem como que este a influencie também. Esse estudo esclareceu o fato de que os aportes culturais, sociais, familiares, religiosos, políticos, educacionais, tecnológicos, despertam na gestante potencialidades, desenvolvendo-as e fazendo com que novos valores sejam criados. O ambiente interno da gestante ou seja, suas reações orgânicas, suas alterações hormonais, sua estrutura física e todas as alterações próprias ou não da gravidez, também modificam-na psicobiológica, psicossocial e/ou psicoespiritualmente.

WHITE (1989, p.132) reforça a importância do ambiente especificamente no período pré-natal da mãe, estendendo seus efeitos para além dela mesma, ao dizer que "os pensamentos e sentimentos da mãe terão poderosa influência no legado que ela faz ao seu filho".

O estudo permitiu também, admitir, como FROMM (1988, p.81) que, "conquanto seja verdade que o homem pode adaptar-se a quase todas as circunstâncias, ele não é uma folha de papel em branco na qual a cultura escreve o seu texto. Necessidades como as de felicidade, harmonia, amor e liberdade são inerentes à sua natureza, e são também fatores dinâmicos do processo histórico que, quando frustrados, tendem a produzir reações psíquicas e a criar, em definitivo, as mesmas condições adequadas para os impulsos originários".

Ainda o autor acima refere que "o homem, para que possa sentir-se à vontade no mundo, não deve perceber as coisas apenas com a cabeça, mas com os sentidos, os olhos, com os ouvidos, com todo o seu corpo" (...) ou seja, "deve responder ao mundo de forma significativa, conhecedora, produtiva, ativa e partilhadora" (1988, p.310).

1.4-Enfermagem

Considerando que a enfermagem é uma profissão que oferece serviços de ajuda, foi exercida a enfermagem junto à mulher gestante visando o seu conjunto bio-psico-sócio-espiritual. Para DANIEL (1983, p.01) a enfermagem define-se através da ajuda. De fato, junto à mulher gestante, a enfermagem ajudou, pois foi um meio para escutar, orientar, fazer presença, encaminhar, buscar recursos, etc. para a mulher gestante. O marco referencial permitiu isso.

Comprovei que há momentos na enfermagem em que a sua atenção está voltada à manutenção da saúde e em outros, a enfermagem trata o cliente, no sentido de reabilitar a saúde. ZIEGEL & CRANLEY (1985) reforçam esse aspecto, considerando que "o papel da enfermeira é identificar as áreas em que estão indicadas a promoção da saúde, a prevenção da doença ou tratamento da doença, bem como informar, aconselhar e educar".

A ciência da enfermagem foi representada neste estudo, pela utilização dos conhecimentos necessários à identificação e avaliação dos valores e potencialidades da gestante e da identificação, atendimento e avaliação das necessidades humanas básicas afetadas a nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual da cliente gestante. A arte e tecnologia da enfermagem foram representadas pelas habilidades necessárias para que eu usasse os meios disponíveis e a minha personalidade de modo a alcançar os resultados esperados.

O conteúdo da assistência de enfermagem que foi requerida, grande parte veio do marco referencial, mas houve necessidade da busca de informações de outras áreas do conhecimento, especialmente das ciências biológicas, como da obstetrícia e neonatologia.

O conceito de enfermagem de Daniel prevê a atuação participativa com outros profissionais e com os indivíduos receptores da assistência e os a estes relacionados. A assistência de enfermagem à cliente gestante atendida em uma Unidade de Saúde de Tubarão teve a viabilização dessa atuação participativa mediante contatos com os profissionais de saúde que prestavam alguma forma de assistência à gestante, tais como a assistente social, o médico e a equipe de enfermagem. Esses contatos objetivavam viabilizar o plano terapêutico que era estabelecido, através, por exemplo, de uma nutrição mais

adequada, da solicitação de exames laboratoriais, etc. As trocas de idéias mantidas com a equipe de saúde sempre trouxeram enriquecimento à assistência a ser prestada e foram feitas informalmente no decorrer das atividades de assistência.

Quanto à natureza da dependência de enfermagem, a dependência de orientação foi a que mais se evidenciou como necessário nas mulheres gestantes do estudo, sendo que havia muito desconhecimento sobre cuidados, principalmente no puerpério e com o recém-nascido.

A assistência às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais contou com a consideração dos valores e potencialidades, sem o que a assistência poderia se desvirtuar, no sentido de não ser aceita pela gestante, ou deixar de utilizar os seus recursos potencialmente disponíveis para tal. O conhecimento dos seus valores e potencialidades foi como um guia na escolha de alternativas para solução de problemas.

Os pontos prioritários na assistência de enfermagem prestada, eram os aspectos bio-psico-sócio-espirituais referidos pela mulher gestante ou observados por mim, que mais influíam desfavoravelmente à sua saúde. Estes eram, em geral, aspectos psicobiológicos. Observei nas gestantes do estudo que os aspectos psicobiológicos eram mais facilmente revelados. À medida em que a mulher gestante adquiria maior confiança na enfermeira, os dados que exigiam maior reflexão e que eram mais íntimos e pessoais, passavam a ser abordados.

A enfermagem foi prestada numa abordagem holística, como prevê Daniel, mediante assistência psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual, contemplando a mulher gestante em suas necessidades

humanas básicas considerando para tal, seus valores e suas potencialidades, os quais comprovaram-se como fundamentais na determinação das ações de enfermagem.

1.5-Enfermeiro...(a)

O presente estudo teve como perfil do enfermeiro, uma pessoa que ajuda pessoas na busca da manutenção e restabelecimento da saúde, cuja atenção está voltada para o equilíbrio bio-psico-sócio-espiritual das mesmas. Tem responsabilidade de participação ativa no seu próprio aprimoramento e dos seus semelhantes. O enfermeiro age com reciprocidade, mediante um intercâmbio sadio entre ele e a pessoa ajudada, o qual se revela como uma arte, que precisa estar fundamentada em princípios científicos e sobretudo em ações práticas, humanitárias, de valorização e repercussão mútuas (DANIEL, 1987).

Procurei, como autora do estudo, ajudar a mulher gestante na busca do seu equilíbrio bio-psico-sócio-espiritual, mediante as ações de reciprocidade com a gestante, onde ambos tivemos percepções e interações; o estudo das possíveis causas dos problemas levantados favoreceram a ajuda, pois possibilitou que os mesmos fossem solucionados da melhor forma possível.

Em vários momentos do estudo senti a necessidade de aprimoramento profissional, ou porque a situação encontrada era desconhecida, ou porque os conhecimentos que eu tinha eram insuficientes para que, com segurança, tomasse medidas de enfermagem. Esse aprimoramento deu-se mediante o estudo bibliográfico e a busca de orientações com outros profissionais da saúde.

Percebi que o trabalho desenvolvido junto à gestante, quando guiado por um raciocínio lógico, planejado, persistente e permeado de amor ao próximo, traz ao enfermeiro um crescimento não só profissional, mas também pessoal, elevando a qualidade da assistência de enfermagem, como preconizado por DANIEL (1983, p.04).

O aprimoramento dos semelhantes ocorreu de forma espontânea ou planejada. Muitas vezes o presente estudo foi discutido com colegas, oportunizando a troca de idéias e o enriquecimento teórico-prático sobre a questão tratada. As orientações dadas às mulheres gestantes sobre os diversos aspectos das suas necessidades humanas básicas, constituíram-se numa das atividades mais constantes neste estudo, já que a dependência de orientação foi a mais constatada entre as mesmas.

Nas ações de enfermagem, prestei ajuda total e parcial, orientei, supervisioneiei, tratei desvios da saúde, e promovi a saúde.

As ações práticas, humanitárias, de valorização e repercussão mútuas permearam todo o estudo, quer seja enquanto eram levantados os dados para o histórico de enfermagem, validados com a gestante, quer quando eram discutidos os resultados esperados ou prestada assistência. Percebi que as atitudes interpessoais entre enfermeiro e gestante deram-se em todas as etapas do processo de enfermagem.

Pude perceber também que, embutidos na qualidade do cuidado de enfermagem que o profissional presta, estão seus valores e crenças pessoais. Essas características da natureza humana, comuns à mulher gestante e ao enfermeiro, influíram nas decisões tomadas e deram razão a muitas das ações de trabalho, comprovando as concep-

ções de ZIEGEL & CRANLEY (1985, p.05), que dizem que "o conhecimento e o bem-estar com as próprias crenças e valores constituem o elemento básico para a ação como um indivíduo ético".

1.6-Valores

Os valores foram expressados pelas clientes gestantes através das informações que mais salientavam, às quais davam maior importância, pelas quais mais aspiravam. Foram identificadas no histórico de enfermagem e na sua análise, sendo validados ou não, junto à gestante.

A identificação dos valores serviu para a compreensão das necessidades básicas afetadas da gestante e para a orientação do plano terapêutico a ser estabelecido. Para ilustrar, cito um problema de uma das gestantes do estudo, que era a "ausência de momentos de reflexão com o marido". As necessidades básicas afetadas devido a esse problema, estavam relacionadas ao equilíbrio no ajustamento social (de relacionamento), no equilíbrio da afetividade (conversa-ção/comunicação) e no equilíbrio religioso. A compreensão desse problema foi possível mediante a identificação dos valores apresentados pela gestante, relacionados à família e religião, como "ter momentos de reflexão em família, ter o companheirismo do marido, ter Deus na vida e praticar a religião".

Foram considerados neste estudo, valores relacionados a cerca de vinte itens. Não foram hierarquizados, pois considerei que, pelo fato de serem valores, eram, por si só, de muita significância para a gestante.

Observei que os valores variaram para cada gestante, mesmo havendo semelhanças de nível cultural, social e econômico, por exemplo, sendo determinados, em sua variação, em grande parte por questões religiosas e de filosofia de vida. Alguns valores estiveram presentes em todas elas, como os relacionados à saúde, apresentação pessoal, realização pessoal, habitação, religião, dentre outros.

1.7-Potencialidades

As potencialidades nesse estudo foram representadas por todos os recursos dos quais a mulher gestante dispunha a nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual que puderam ser usados de modo favorável em sua saúde. Serviram como instrumentos utilizados para facilitar o atendimento de necessidades básicas afetadas.

A identificação das potencialidades deu-se no histórico de enfermagem e na análise posterior do mesmo, bem como, durante toda a interação enfermeiro e gestante. Tal identificação não constituiu-se num trabalho fácil, exigindo muita reflexão, pois nem sempre as potencialidades eram evidentes. Igualmente aos valores, as potencialidades identificadas foram validadas ou não, pelas gestantes.

Como exemplo de potencialidades relacionadas a aspectos psicobiológicos, cito o fato de uma das gestantes não ter vícios, gostar de manter-se asseada, ter casa com quintal (galinha, ovos, etc.). Como potencialidades relacionadas a aspectos psicossociais, dessa mesma gestante, há o fato do seu marido estar trabalhando normalmente (esteve desempregado durante vários meses), possibilidade de ter ticket para receber leite oferecido a pessoas carentes, ter TV para seu lazer. Como aspectos psicoespirituais, há o fato de acre-

ditar em Deus.

Observei que a mulher gestante é o centro e sujeito de suas potencialidades, e que muitas vezes as possui, sem aperceber-se disso e sem se dar conta também, de como elas podem influenciar nas mudanças de sua história. FROMM (1988, p.24), considera que "o que o homem faz no processo da história é desenvolver o seu potencial, transformando-o de acordo com as suas próprias possibilidades." Nesse estudo, as potencialidades identificadas nas mulheres gestantes foram exploradas de modo a servirem para modificar favoravelmente algum aspecto, quer fosse psicobiológico, psicossocial ou psicoespiritual deficitário, isto é, as potencialidades das mulheres gestantes puderam ser usadas para transformação da sua história.

Foi possível estimular o desenvolvimento das potencialidades identificadas no estudo e que não haviam sido percebidas pela mulher gestante. DANIEL (1983) lembra a importância de se considerar as potencialidades, ao sugerir que cada terapeuta, na ajuda emocional às pessoas, siga suas próprias tendências e sistema referencial, levando em conta as potencialidades de seus clientes.

Procurei mobilizar as potencialidades das mulheres gestantes através da discussão com elas sobre o que tinham disponível para sentirem-se seguras, auto-realizadas, satisfeitas nas necessidades às quais as potencialidades possibilitavam o atendimento. Isso me demandou o desenvolvimento de um profundo senso de percepção, discernimento e honestidade.

1.8-Necessidades humanas básicas

A identificação das necessidades humanas básicas afetadas deu-se mediante o diagnóstico de enfermagem, após o levantamento das possíveis causas dos problemas. DANIEL (1977) indica uma lista das necessidades básicas contendo quarenta e cinco itens para cujo exemplo, dá uma relação de necessidades básicas afetadas com mais de oitenta itens (ANEXOS IV e V). Estas listas serviram para guiar a identificação das necessidades básicas afetadas da cliente gestante, embora concorde com DANIEL (1983, p.47) ao dizer que "mesmo envidando o maior esforço, somente é possível compreender em parte as necessidades sentidas pelo homem ...".

Neste estudo, todas as clientes gestantes apresentaram necessidades básicas afetadas em todos os níveis, tendo se sobressaído as necessidades psicobiológicas, seguidas das psicossociais e psicoespirituais. Embora todo o ser humano apresente esse conjunto de necessidades, sendo todas elas de suma importância, pode-se afirmar como FELISBINO (1990, p.155) que "as necessidades psicobiológicas constituem a base da existência de um indivíduo, pois o seu conjunto biológico permite caracterizá-lo como ser vivo, ou seja, na falta do ser biológico, a pessoa inexistente fisicamente".

Dentre as necessidades biológicas houve aquelas, como a oxigenação, em que mecanismos intrínsecos de regulação autônoma, como por exemplo, a respiração e contrações cardíacas, as satisfaziam. Assim, para que tais necessidades se mantivessem satisfeitas, não havia necessidade de a gestante, conscientemente, buscar satisfação. Para outras necessidades, como a de nutrição, havia a consciência da fome, fazendo com que a gestante fosse procurar satisfazê-la.

Dentre as necessidades básicas há a necessidade espiritual, que se evidenciou pela busca da mulher gestante ao transcendental, superior à sua capacidade de se satisfazer apenas de si própria, dos outros seres humanos e do que existe no Universo, como concebe DANIEL (1987, p.69).

Constatei no estudo que, para um mesmo problema, mais de uma necessidade básica poderia estar afetada, quer estivesse dentro da mesma categoria ou não. Como exemplo do primeiro caso, cito o problema de a gestante estar achando feio seu corpo grávido. Aqui as necessidades básicas afetadas são as do equilíbrio no ajustamento social (segurança emocional) e do equilíbrio da afetividade (auto-imagem), ambas necessidades da categoria psicossocial. Para exemplificar o segundo caso, cito o problema de que a gestante gostaria de se tornar mais útil às pessoas. Nesse caso, as necessidades básicas afetadas são as do equilíbrio de filosofia de vida, da categoria psicoespiritual, e da afetividade (realização), da categoria psicossocial. Assim, as várias necessidades afetadas das gestantes, poderiam estar se originando de poucos ou até mesmo de um único problema.

2 - Processo_de_enfermagem

O processo de enfermagem representou uma forma metodologicamente organizada para operacionalizar o marco de referência segundo Daniel, na assistência à mulher gestante a nível ambulatorial e domiciliar.

O fato de a gestante ter participado do processo de enfermagem tornou-lhe bastante dinâmico, tendo facilitado o alcance dos

resultados esperados com a assistência.

Utilizei, como descrito na metodologia, sete etapas do processo de enfermagem: a) histórico de enfermagem; b) análise dos dados; c) diagnóstico de enfermagem; d) plano terapêutico de enfermagem; e) implementação do plano terapêutico; f) evolução de enfermagem; g) prognóstico de enfermagem. As etapas ocorreram nesta sequência ou concomitantemente, umas com as outras.

2.1-Histórico de enfermagem

é a primeira etapa do processo e consistiu no levantamento dos dados importantes para a assistência de enfermagem à mulher gestante. O instrumento utilizado para o histórico de enfermagem, após algumas reformulações quanto a sequência dos itens, mostrou-se perfeitamente adequado para esse estudo. Sob a forma de um formulário semi-estruturado, o instrumento possibilitou a organização no levantamento dos dados, embora a sequência dos mesmos tenha se dado de acordo com cada situação ou seja, não houve rigidez quanto a ordem dos dados a serem considerados.

Como primeiro passo do processo de enfermagem, mostrou-se essencial para o embasamento de todas as demais etapas, já que o histórico de enfermagem possibilita ter os dados essenciais da cliente gestante. No histórico eram registrados os dados mais significativos dos aspectos bio-psico-sócio-espirituais da gestante, tendo sido um elemento indispensável para a identificação dos valores, potencialidades e necessidades humanas básicas afetadas.

Dado a extensão do instrumento, em todas as situações do estudo esta fase do processo não se deu numa só consulta. DANIEL

(1977, p.47) aconselha que "o histórico de enfermagem seja iniciado na admissão do paciente; todavia, a ansiedade que o paciente sente face à nova experiência pode dificultar a sua comunicação com o enfermeiro, revelando dados inaccurados ou os omitindo totalmente". Para essa autora, "à medida que (...) o cliente e família adquirem confiança no pessoal de enfermagem, provavelmente contribuirão com informações mais objetivas" (1977, p.47). Para ZIEGEL & CRANLEY (1985, p.171) "não se recolherá toda a informação sobre a anamnese na primeira consulta anteparto. Há uma limitação de tempo, além da cliente poder não lembrar todos os fatos de uma vez...". Continua, dizendo que "é preciso compreender que alguns dados de natureza mais pessoal não serão divulgados a menos que e até que seja estabelecido um relacionamento de confiança entre a cliente e a enfermeira...".

Durante as consultas de enfermagem a gestante expressava-se livremente e a direção da coleta dos dados dava-se de acordo com a situação apresentada. Isto fazia com que eu, ao rever os dados, percebesse que havia detalhes que tinham sido deixados para trás. Eram então, completados na consulta seguinte.

O instrumento que serviu de roteiro para o levantamento de dados do histórico de enfermagem deve ser revisto, aperfeiçoado e facilitado para a aplicação prática do mesmo em ambulatórios de assistência à mulher gestante, pois embora tenha sido possível aplicá-lo e tenha se demonstrado bastante completo, pode ser simplificado de modo a torná-lo mais viável na prática diária de enfermagem.

Não só as entrevistas contribuíram na coleta de dados, mas também o exame físico e as consultas ao prontuário. As consultas domiciliares serviram para novas observações e para validar informações obtidas anteriormente, além de favorecer o interrelacionamento

entre enfermeiro e gestante. Também a assistência domiciliar possibilitou a observação do relacionamento da gestante com seus familiares.

2.2-Análise do histórico

Esta é a segunda etapa do processo de enfermagem, e foi inicialmente elaborada através da listagem dos valores e potencialidades identificados no histórico e dos problemas encontrados. No entanto, o tempo usado nessa etapa tornava-se significativo, o que levou-me a simplificá-la, sublinhando os problemas no próprio histórico de enfermagem, à medida em que o histórico era analisado. Mediante essa análise, o histórico era revisado com a finalidade também de identificar valores e potencialidades que porventura não haviam sido registrados na coleta de dados.

A gestante participava dessa etapa ao serem-lhe apresentados os valores, as potencialidades e os problemas identificados, quando então, ela os validava ou não.

Percebi que essa etapa é fundamental para que o enfermeiro se certifique do conteúdo de informações coletadas e para que identifique os dados com os quais irá trabalhar.

2.3-Diagnóstico de enfermagem

Essa etapa iniciava-se com a transcrição dos problemas identificados na análise do histórico, ao impresso próprio para o diagnóstico de enfermagem.

DANIEL (1977, p.50) refere que, "para que as necessidades básicas afetadas possam ser diagnosticadas é preciso verificar a etiologia do problema. Dependendo da causa do problema será recomendado um atendimento adequado". Dessa forma, para cada problema, procurei elucidar a causa, para o que, muito serviu, o histórico de enfermagem. Para alguns dos problemas, facilmente foram relacionadas causas, principalmente para aqueles que indicavam alterações morfo-fisiológicas próprias da gravidez. Outros problemas necessitaram de discussão e maior averiguação junto à gestante, para que pudessem ser esclarecidos quanto à sua origem.

Percebi quanto o diagnóstico de enfermagem foi facilitado pela análise do histórico, como refere DANIEL (1981, p.71), ao dizer que "a visão panorâmica de todas as observações permite associar problemas e situações entre si, facilitando a determinação do diagnóstico de enfermagem".

A identificação das necessidades básicas afetadas estava muito relacionada com as causas dos problemas, pois, conforme as causas, uma ou várias necessidades manifestavam-se afetadas. Para essa identificação, vali-me da listagem de necessidades básicas elaboradas por DANIEL (1977, p.11-12). Nesse estudo as necessidades básicas mais afetadas foram as psicobiológicas, tendo se sobressaído as relacionadas ao equilíbrio circulatório, nutritivo, metabólico, da atividade e vascular; das necessidades psicossociais mais afetadas, destacaram-se as do equilíbrio do conhecimento, do equilíbrio no ajustamento social (de segurança e econômico) e do equilíbrio da afetividade (auto-imagem e realização); das necessidades psicoespirituais, as do equilíbrio de filosofia de vida.

Senti falta de estudos que clareassem as necessidades humanas básicas, no sentido de definir os diversos equilíbrios. A relação dos problemas com as necessidades básicas afetadas deu-se somente mediante a identificação das possíveis causas dos problemas, quando eu defrontava tais causas com a listagem de necessidades básicas apresentada por Daniel.

A natureza da dependência era, então, identificada, segundo fosse dependência de ajuda total ou parcial da enfermagem, dependência de orientação e supervisão ou encaminhamento.

Os problemas e suas necessidades básicas afetadas, nas gestantes desse estudo, tiveram como dependência acentuadamente maior, a de orientação, proporcionando uma excelente oportunidade para educá-las em saúde.

Como já mencionado anteriormente, a identificação dos valores e potencialidades ajudou na determinação da natureza da dependência da gestante quanto ao auxílio a ser prestado pelo enfermeiro.

Estabeleci prioridades aos problemas a serem atendidos, já que não seria possível dar atenção a todos os problemas na mesma ocasião. Assim, no próprio impresso do diagnóstico de enfermagem assinalava o que deveria ter prioridade na assistência.

Alguns problemas apresentaram-se com possibilidade de, a curto prazo, alcançar a solução; alguns, como os relacionados a fatores econômicos, eram passíveis de orientações e encaminhamentos, mas com praticamente nenhuma perspectiva de solução para curto e médio prazo; talvez nem a longo prazo, na crise social e econômica enfrentada presentemente.

2.4-Plano terapêutico de enfermagem

O plano terapêutico constou inicialmente, dos resultados esperados, estabelecidos pelo enfermeiro e gestante, o que se constituiu numa das etapas mais dinâmicas do processo de enfermagem, já que envolvia o compromisso da gestante, junto ao enfermeiro, de alcançar os resultados desejados.

Embora o plano terapêutico tenha sido elaborado e executado por mim, eu o descrevia detalhadamente, observando que tivesse um verbo para qualificar a ação, a área de ação e o aprazamento, de modo a ser claro, caso viesse a ser executado por outro elemento da equipe de enfermagem, o que não aconteceu dado às características do estudo.

Ainda acentuo que nessa etapa, novamente a identificação dos valores e potencialidades tiveram seu valor, pois o planejamento não prescindiu deles, mas, contrariamente, os utilizou na definição do planejamento, de modo a aproveitar os recursos que a gestante possuía, favoravelmente à sua saúde e à do seu conceito.

Como ROCHA (1991, p.114), tive muitas vezes que deixar de ter uma conduta simplesmente intervencionista, ao tentar definir os resultados esperados sem a participação da gestante, e me policiar para envolvê-la plenamente na elaboração dos resultados a serem alcançados. Para ZIEGEL & CRANLEY (1985, p.178) "parece óbvio que as próprias gestantes, e com frequência outros membros da família, desempenhem papel ativo na formulação de qualquer plano assistencial. Em geral, constituem o melhor juiz daquilo que será útil e importante para si e para sua família".

O plano terapêutico ia sendo acrescentado de outros itens, à medida em que novos problemas eram identificados; assim, tornou-se dinâmico e atualizado pois, ao se vencerem os aprazamentos, estes eram checados, indicando o término daquela prescrição. O alcance ou não do resultado esperado ao final da execução de prescrição, era registrado na evolução de enfermagem.

Para essa etapa tive que buscar, frequentemente, maiores conhecimentos técnico-científicos, recorrendo à bibliografia, de modo a prescrever o mais corretamente possível, as ações a serem desenvolvidas na assistência à gestante. Isso me levou a um crescimento profissional e pessoal gratificante. O plano terapêutico de enfermagem significou a forma de garantir que a assistência atingisse os resultados propostos.

2.5-Implementação do plano terapêutico

Esta etapa compreendeu a assistência, propriamente dita, manifestada pelas ações desenvolvidas à mulher gestante. Conforme previsto na representação gráfica do marco referencial, utilizei os processos da espiritualidade, reciprocidade e recursos para a manutenção e restauração da saúde de modo a atender as necessidades, quer fossem psicobiológicas, psicossociais ou psicoespirituais.

Na implementação do plano terapêutico, minha atuação como enfermeira era, ora orientando, ora escutando, ora ensinando, ora demonstrando, ora supervisionando, ora encaminhando. Toda a assistência visava, como finalidade maior, proporcionar meios para que a gestante tivesse o máximo de saúde possível, favorecendo dessa forma, também o seu bebê.

Nessa etapa, os processos da espiritualidade, reciprocidade e o uso dos recursos disponíveis para a manutenção e restauração da saúde foram essenciais, pois enquanto grávidas, muitas vezes as mulheres se sentiam cansadas, desanimadas, sobrecarregadas, achando-se feias, inseguras quanto a seus companheiros, com problemas de ordem emocional, sexual, econômica, dentre outros. Nessas situações, procurava assisti-las através da compreensão, do ouvir, do diálogo, da troca de idéias, de relacionamentos terapêuticos, tentando esclarecê-las e orientá-las de modo a terem maior clareza para enfrentar as situações pelas quais estavam passando e acentuando suas potencialidades.

2.6-Evolução de enfermagem

Esta etapa dava-se à medida em que se viam alguns resultados da implementação do plano terapêutico.

A evolução era feita a cada consulta, de modo a acompanhar o estado geral da gestante. O registro da evolução permitiu analisar e avaliar os problemas levantados, confrontando-os com os resultados esperados.

Procurei usar terminologia clara, objetiva e concisa. Embora Daniel não sugira uma forma padrão para a evolução, procurei colocar inicialmente os dados referidos pela gestante e a seguir, os dados observados e constatados na consulta de enfermagem.

2.7-Prognóstico de enfermagem

Como última etapa do processo, seu registro deu-se às vésperas de encerrar a assistência à gestante.

Sendo uma estimativa da capacidade, perspectivas e probabilidades da gestante, de atender às suas próprias necessidades básicas, era realizado, segundo os dados da evolução de enfermagem, ou seja, segundo as possibilidades apresentadas pela gestante, de não necessitar da assistência de enfermagem porque suas necessidades básicas haviam sido atendidas.

CAPÍTULO VII

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A finalidade deste capítulo é apresentar as conclusões às quais cheguei neste estudo, bem como algumas recomendações.

Considero que os objetivos do estudo foram alcançados, já que foi possível elaborar e implementar um marco de referência e processo de enfermagem a partir dos estudos de Daniel, tendo ambos sido perfeitamente aplicáveis na assistência de enfermagem à mulher gestante, tanto a nível ambulatorial quanto domiciliar.

A partir da assistência prestada, pude concluir que o marco referencial foi adequado às diversas situações, em todas as mulheres assistidas, e o processo de enfermagem foi operacionalizável, tendo sido um instrumento útil e necessário para a visão e assistência de enfermagem global planejada à cliente em suas necessidades humanas básicas.

O período de gravidez constituiu-se numa oportunidade ideal para a promoção de práticas sadias de assistência, pois a mulher mostrou-se tipicamente motivada para práticas de saúde, já que desejava proporcionar o melhor ambiente possível para o conceito.

A partir da experiência vivida da aplicação de um marco referencial na assistência de enfermagem, percebi o quanto a teoria e a prática estão relacionadas. Embora a apreensão da realidade em sua totalidade não seja possível através de um marco de referência,

através dele tal realidade torna-se delimitada, facilitando o seu conhecimento e a forma de trabalhar com ela.

A utilização do marco de referência e processo de enfermagem deram o cunho científico, necessário para que a assistência não fosse feita ao acaso e sem a reflexão e o planejamento, tão importantes para a cientificidade da enfermagem.

Recomendações:

Para o Ensino:

- que os professores dos cursos de graduação em enfermagem procurem utilizar na sua prática docente-assistencial, marcos de referência, de modo a proporcionarem a seus alunos uma base teórico-científica mais concreta;
- que professores e acadêmicos de enfermagem possam aplicar o marco de referência e processo de enfermagem desse estudo na assistência à mulher gestante, como forma de retestar a sua viabilidade;
- que os cursos de pós-graduação em enfermagem continuem incentivando a utilização de teorias, marcos conceituais e referenciais como sustentação da prática assistencial, de modo a retestá-los e aprimorá-los.
- que os enfermeiros docente-assistenciais desenvolvam estudos sobre atitudes interpessoais em enfermagem, de modo a contemplar a mulher gestante mais eficazmente em seus valores, potencialidades e necessidades básicas.

Para a Assistência:

- que os enfermeiros procurem utilizar em sua assistência, o marco de referência desse estudo;
- que os enfermeiros procurem se habilitar cada vez mais em conceber o ser humano de forma holística, com valores, potencialidades e necessidades humanas básicas;
- que os enfermeiros assistenciais no seu dia a dia se aprimorem na utilização do processo de enfermagem;
- que os enfermeiros, em suas ações assistenciais, procurem dinamizar ao máximo, o processo de educação à saúde à mulher gestante e sua família, de modo a salientar seu papel de transformador social.

Para a Pesquisa:

- que os enfermeiros, de um modo geral, procurem aumentar seus conhecimentos sobre o saber em enfermagem, para que contribuam com a construção da ciência da enfermagem;
- que os enfermeiros apliquem teorias, marcos conceituais ou referenciais em sua prática profissional e publiquem os resultados de suas experiências;
- que outros trabalhos sejam realizados sobre os estudos de Daniel, de modo a aprimorar e enriquecer as idéias já expostas por ela;
- que se façam mais estudos sobre os aspectos psicossociais e psicoespirituais do ser humano e sua abordagem com o cliente;
- que se estude melhor o termo "equilíbrio" das necessidades humanas básicas na questão da saúde-doença, de modo a encontrar um parâmetro fidedigno para a identificação de estados de saúde e doença.

CAPÍTULO VIII

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, Pedro Augusto M. Mortalidade materna: prevenção. *Eemina*, Rio de Janeiro, 13 (12): 1100 - 1107, dez. de 1985.
2. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL. 2ª ed. Rio de Janeiro: IBGE, 1987.
3. Rio de Janeiro: IBGE, v.50, 1990.
4. ARAÚJO, Osa Maria M. Consulta de enfermagem à gestante. *Rev. Bras. Enf.*, Distrito Federal, 32: 259 - 270, 1979.
5. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil: 1982/1983: força de trabalho em enfermagem*. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, ABEn, 1985.
6. BARDWICK, Judith M. *Mulher, sociedade, transição: como o feminismo, a liberação sexual e a procura da auto-realização alteraram as nossas vidas*. São Paulo: DIFEL, 1981. 225 p.

7. BATISTA, Arnes T. P. Identificação de referências bibliográficas em revistas de enfermagem sobre os trabalhos de Daniel. São Paulo: FAE, 1990. Monografia (Curso de Habilitação) Faculdade Adventista de Enfermagem, 1990.
8. BELFORT, Paulo. Medicina preventiva: assistência pré-natal. In: REZENDE, J. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1974. p. 222 - 234
9. BETHEA, Doris C. Enfermagem obstétrica básica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982.
10. BRAGA, Luiz F.C.O. Mortalidade materna: incidência na região sul e sudeste. Eemina, Rio de Janeiro, 14 (2): 148 - 152, fev. 1986.
11. BRANDÃO, Murillo B. Aspectos psicológicos no ciclo grávido- puerperal. Eemina, Rio de Janeiro, 14 (6): 504 - 511, jun., 1988.
12. BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília, 1984, 27 p.
13. CAMPEDELLI, Maria C. (org.) et alii. Processo de enfermagem prática. São Paulo: Ed. Ática S.A., 1989. 136 p.
14. CARVALHO, Emília C. Enfermagem e comunicação: a interface. Ribeirão Preto: USP, 1989. 245 p. Tese (Livre docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São

Paulo, 1989.

15. CENTA, Maria de Lourdes. Experiências vividas pelos homens durante a primeira gravidez e parto de suas mulheres. Florianópolis: UFSC, 1981. 165 p. v.1. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1981.

16. CONCEIÇÃO, Isméri S.C. & VITIELLO, Nelson. Preparo para o parto. *Emina*, Rio de Janeiro, 15 (1): 39 - 41, Jan., 1987.

17. DANIEL, Liliana Felcher. *A enfermagem planejada*. São Paulo, 1977. 78 p.

18. ----- . *A enfermagem planejada*. 3ª ed. rev. e ampl. São Paulo: EPU, 1981. 135 p.

19. ----- . *Atitudes interpessoais em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1983. 176 p.

20. ----- . *Enfermagem: modelos e processos de trabalho*. São Paulo: EPU, 1987. 117 p.

21. ----- . *Modalidade de sistematização da assistência de enfermagem*. São Paulo, 1989. 35 p. mimeogr. Trabalho apresentado na 3ª semana Wanda de Aguiar Horta, São Paulo, 9-11 de ag.1989. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

22. DELFINO, Maria Regina. *Consulta de enfermagem à gestante*. Tubarão, 1988. Mimeogr. Preparado para a disciplina de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica do Curso de Enfermagem da Fundação Educacional do Sul de Santa Catarina.
23. DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA. *Controle de saúde materna*. Santa Catarina, Secretaria da Saúde, [1988?]. (Impresso).
24. DOMINGUES, Edith de F. Tendências atuais na assistência perinatal: conduta e responsabilidade da enfermeira. *Enfermagem atual*, Rio de Janeiro, 4 (21): 28 - 32, jan./fev., 1982.
25. DOURADO, Haydée G. Recursos humanos de enfermagem para a assistência à saúde: enfermagem materno-infantil. *Rev. Bras. Enf.*, Distrito Federal, 30: 162 - 167, 1977.
26. ELSEN, Ingrid. Comentários sobre o tema: teste de teorias de enfermagem da Dra. Afaf Ibrahim Meleis. In: *Anais do 1º SIBRAIEN*, Florianópolis, 1985. p. 27 - 50.
27. ESTATÍSTICAS DA SAÚDE. Assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: IBGE, v. 8, 1985.
28. FAUNDES, Aníbal et alú. O problema da mortalidade materna. *Emma*, Rio de Janeiro 15 (1): 25 - 31, jan., 1987.

29. FELISBINO, Janete Elza. *Experiência assistencial de enfermagem com clientes de Unidade de Terapia Intensiva e seus familiares a partir da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta*. Florianópolis: UFSC, 1990. 218 p. v.1.
Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem ao Adulto)
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
30. FERREIRA, Aurélio B. de H. *Minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 506 p.
31. FROMM, Erich. *Psicanálise da sociedade contemporânea*. São Paulo: Círculo do livro, 1988. 326 p.
32. HENSE, Denise S.S. "Tendo que operar-se": a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade. Florianópolis: UFSC, 1987. 390 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem)
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1987.
33. HORTA BARBOSA, Luiz Aguirre. *Obstetrícia prática*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1981. 1020 p.
34. HORTA, Wanda de A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979. 99 p.

35. HUNGELMANN, J. A. et alii. Spiritual well-being in older adults: harmonious interconecteness. *Journal of religion and health*, 24 (2): 147 - 153, Summer, 1985.
36. INAMPS. Programa pré-natal. Florianópolis, [1987?]. (Impresso).
37. KUNTZE, Tânia Denise. Modelo conceitual para a assistência de enfermagem à gestante. Florianópolis, 1988. 15 p. mimeogr. Apresentado à disciplina Tópicos Especiais na Assistência de Enfermagem: o processo de enfermagem, do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
38. LUFT, Celso P. Pequeno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Autores editores, 1984, 583 p.
39. LUIS, Margarita A. V. Assistência de enfermagem a gestantes com ênfase em sua saúde mental. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, 5 (2): 85 - 88, abr./mai./jun., 1985.
40. ----- . Considerações sobre o relacionamento conjugal da mulher grávida. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 20 (2): 125 - 142, 1986.
41. MALDONADO, Maria Tereza. O significado da maternidade no mundo contemporâneo. *Eemina*, Rio de Janeiro, 14 (3): 238 - 250, mar. 1986.

42.Psicologia da gravidez: parto e puerpério.
9ª ed. Petrópolis: Vozes, 1988. 164 p.
43. MELEIS, Afaf I. Estratégias para o desenvolvimento de teorias em enfermagem. In: Anais do 10 SIBRAIEN, Florianópolis, 1985.
p. 133 - 164.
44. Teste de teorias em enfermagem: processos conceituais e empíricos. In: Anais do 10 SIBRAIEN, Florianópolis, 1985. p. 317 - 340.
45. NÓBREGA, Maria do Rosário S. Atenção de enfermagem pré-natal enfocando gestantes de alto risco. Enfermagem atual, Rio de Janeiro, 4 (23): 17 - 22, mai./jun., 1982.
46. Problemática do ensino e da assistência de enfermagem na área materno-infantil. Enfermagem atual, Rio de Janeiro, 3 (15): 4 - 8, jan./fev., 1981.
47. OLIVEIRA, Elizabeth R. A. A opinião de enfermeiros sobre exame físico. Rio de Janeiro: U.F.R.J., 1990. 206 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1990.
48. PAULA, Nara & KAMIYAMA, Yoriko. Os caminhos que vêm sendo trilhados pela comunidade acadêmica de enfermagem brasileira na formação do conhecimento (parte 2). IN: Anais do 10 SIBRAIEN, Florianópolis, 1985. p. 27 - 50.

49. PELÁ, Nilza T. R. & SANTOS, Célia A. F. Maternidade e mãe desamparada. *Rev. Bras. Enf.*, Distrito Federal, 31:517 - 524, 1978.
50. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS. Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, v.12, 1990.
51. PINOTTI, José A., GOMES, Eustáquio, HARDY, Ellen E. A mulher e a legislação. *Emina*, Rio de Janeiro, 15 (1): 58 - 62, jan., 1987.
52. PINTO, Sônia M.P.S. & PAIVA, Mirian S. Metodologia da assistência: uma nova estratégia de educação em saúde. *Rev. Bras. Enf.*, Distrito Federal, 36 (2): 177 - 182, 1983.
53. PRITCHARD, Jack & MacDONALD, Paul. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983.
54. REZENDE, Jorge & MONTENEGRO, Carlos A.B. *Obstetrícia fundamental*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. 613 p.
55. RIO GRANDE DO SUL. *Assistência materno-infantil e de nutrição*. Porto Alegre: Secretaria da saúde, 1977, 4 p.
56. ROCHA, Maria Lusani. *Assistência de enfermagem a clientes traúmatos-ortopédicos fundamentada no marco conceitual e teoria de Imogene King*. Florianópolis: UFSC, 1991. 144 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem ao Adulto) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.

57. SILVA, Maria Aparecida F. Atuação da enfermagem na equipe integrada no pré-natal da clínica obstétrica do hospital do Andaraí - INAMPS - RJ. *Enfermagem atual*, Rio de Janeiro, 4 (22): 28 - 30, mar./abr., 1982.
58. ----- . Atuação da enfermagem na equipe integrada no pré-natal da clínica obstétrica do hospital Andaraí - INAMPS - RJ. *Enfermagem atual*, Rio de Janeiro, 4 (23): 4 - 9, mai./jun., 1982.
59. SOUZA, Maria de Lourdes. *Alguns aspectos básicos da assistência pré-natal em Elorionópolis, Santa Catarina*. São Paulo: USP, 1978. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1978.
60. TROGER, Anne Lore M. A saúde da gestante. *Rev. Bras. Enf.*, Distrito Federal, 32: 255 - 258, 1979.
61. WHITE, Ellen G. *Conselhos sobre saúde*. Santo André: Casa Publicadora Brasileira, 1971. 678 p.
62. ----- . *Mente, caráter e personalidade*. Vol. 1. Tatuí: Casa Publicadora Brasileira, 1989. 369 p.

63. YUNES, João et alii. Assistência à infância, à adolescência e à maternidade no Brasil. Boletim de la oficina sanitaria panamericana. 103(1): 33 - 42, jul., 1987.
64. ZIEGEL, Erna & CRANLEY, Mecca S. Enfermagem obstétrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. 696 p.

A N E X O S

A N E X O I

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - DADOS BIOGRÁFICOS

- 1.1 - NOME:..... 1.2- IDADE:.....
- 1.3 - DATA NASCIMENTO:..... 1.4- LOCAL:.....
- 1.5 - RAÇA:BrancaPretaAmarela
- 1.6 - ESTADO CIVIL:SolteiraCasadaOutros
- 1.7 - NÚMERO FILHOS: 1.8- IDADE FILHOS:
- 1.9 - ESCOLARIDADE: 1º grauCI 2º grauCI
 3º grauCI
- 1.10- PROFISSÃO:..... 1.11- OCUPAÇÃO:.....
- 1.12- RENDA PESSOAL:..... 1.13- RENDA FAMILIAR:.....
- 1.14- ENDEREÇO RESIDENCIAL:.....
- 1.15- ENDEREÇO PROFISSIONAL:.....
- 1.16- FONE:..... 1.17- RELIGIÃO:.....
- 1.18- DATA:.....
- 1.19- OBSERVAÇÕES:.....

II - DADOS SOBRE NECESSIDADES PSIVIBIOLÓGICAS

2.1 - APARÊNCIA GERAL

- 2.1.1 - Aparência:.....
- 2.1.2 - Vestuário:.....
- 2.1.3 - Postura/Marcha:.....
- 2.1.4 - Observações:.....

2.2 - CONDIÇÕES DE MORADIA

- 2.2.1 - Propriedade:própriaalugadacedidaoutra
- 2.2.2 - Tipo:casaapartamento
- 2.2.3 - Paredes:alvenariamadeiramistaoutra
- 2.2.4 - Número e tipo de cômodos:.....
- 2.2.5 - Número de pessoas residentes:.....
- 2.2.6 - Iluminação artificial:....rede elétricalâmpiãooutra
- 2.2.7 - Água:com canalização interna ...sem canalização interna
 rede geralpoçofonteoutra
- 2.2.8 - Esgoto:....rede geralfossa sépticacéu aberto
- 2.2.9 - Instalação sanitária:....dentro de casa ...fora ...fossa seca
- 2.2.10- Combustível:....gáslenhacarvãooutro
- 2.2.11- Aparelhos eletrodomésticos:não temtem . Quais:

.....

- 2.2.12- Telefone:temnão tem
- 2.2.13- Automóvel:temnão tem
- 2.2.14- Quintal:não háhá . Área:.....
- 2.2.15- Animais de estimação:não háhá . Espécie:.....

- 2.2.16- Roedores:não háhá . Espécie:.....
- 2.2.17- Insetos:não háhá . Espécie:.....
- 2.2.18- Observações:.....

2.3 - PADRÕES DE ATIVIDADE DIÁRIA

2.3.1- ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO

- a) refeições habituais:.....
- b) tipo e quantidade de alimentos ingeridos:
 construtores:.....
 energéticos :.....
 reguladores :.....
- c) tipo e quantidade de líquidos ingeridos:.....

- d) malacia:.....ausentepresente . Características:.....

- e) náuseas:ausentepresente . Frequência:.....
- f) vômitos:ausentepresente . Frequência:.....
- g) pirose :ausentepresente . Frequência:.....
- h) observações:.....

2.3.2- ELIMINAÇÕES

a) hábitos intestinais:

frequência: características:

b) hábitos urinários:

frequência: características:

c) fluxo vaginal: ...ausente ...presente . Características:.....

.....

d) observações:.....

.....

2.3.3- HIGIENE

a) corporal: tipo:..... frequência:

b) bucal: frequência:.....

c) prótese dentária: ...não faz uso ...faz uso

d) observações:.....

.....

2.3.4- SONO E REPOUSO

a) padrão de sono:leveagitadopesadooutro

b) tempo de sono:.....

c) repouso durante o dia:simnão . Tempo:.....

d) observações:.....

.....

2.3.5- VÍCIOS

- a) fumo: ...não ...sim. Nº cigarros/dia:.....tempo:.....
- b) álcool: ...não ...sim. Quantidade:.....tempo:.....
- c) dependentes químicos: ...não ...sim. Tipo:.....
 quantidade:.....tempo:.....
- d) observações:
-

2.3.6- ATIVIDADES FÍSICAS

- a) tipo:.....
- b) frequência:.....
- c) observações:.....

2.3.7- ATIVIDADE SEXUAL

- a) número de parceiros: b) frequência:.....
- c) dor:ausentepresente
- d) observações:.....
-

2.3.8- ATIVIDADE DE REPRODUÇÃO

- a) nº gestações anteriores:.....
- b) nº partos: ...simples ...gemelar ...a termo ...precoce
- c) tipo de parto: ...normal ...cesáreo ...fórceps
- d) local do parto:hospitaldomicílio
- e) nº nascidos:vivosmortos

- f) nº de abortos:espontâneosprovocados
- g) as gestações anteriores foram planejadas:simnão
- h) evolução da(s) outra(s) gestação(s):.....
.....
- i) observações:.....
.....

2.4 - SAÚDE PESSOAL E FAMILIAR ANTECEDENTE

- 2.4.1- Alergias:.....
- 2.4.2- Doenças passadas (época):.....
.....
- 2.4.3- Intervenções cirúrgicas (época):.....
- 2.4.4- Doenças familiares (grau de parentesco):.....
.....
- 2.4.5- Menarca (idade):.....
- 2.4.6- observações:.....
.....

2.6 - OUTROS DADOS CLÍNICOS

2.6.1- Exames complementares:

DATA	GRUPO SANG.	FATOR Rh	ERITÓCITOS	HEMATÓCRITO	HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	URINA	OUTROS

2.6.2- Prescrição médica:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA

2.7 - CONTROLES GESTACIONAIS

- 2.7.1- Data última menstruação:
- 2.7.2- Data provável do parto:
- 2.7.3- Peso anterior à gravidez:
- 2.7.4- Controles de rotina:

DATA	PESO	ALTURA UTERINA	CIRCUNF. ABDOMINAL	FREQ. CARDIO- FETAL	APRESENTAÇÃO	EDEMA

- 2.7.5- Preocupações, dúvidas e queixas:.....
-
-

III - DADOS SOBRE AS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

3.1 - VIDA FAMILIAR

- 3.1.1- Atividades desempenhadas pela gestante na família:.....
-
-

- 3.1.2- Relacionamento na família:.....
.....
.....
- 3.1.3- Pessoas significativas na família:.....
.....
- 3.1.4- Prestação de cuidados aos filhos:.....
.....

3.2 - VIDA PROFISSIONAL

- 3.2.1- Atividades desempenhadas pela gestante no trabalho:.....
.....
.....
- 3.2.2- Relacionamento no trabalho:.....
.....
- 3.2.3- Pessoas significativas no trabalho:.....
.....
- 3.2.4- Horário de trabalho:.....
- 3.2.5- observações:.....
.....

3.3 - VIDA COMUNITÁRIA

- 3.3.1- Atividades desempenhadas pela gestante na comunidade:.....
.....
- 3.3.2- Relacionamento com a comunidade:.....
.....
- 3.3.3- Pessoas significativas da comunidade:.....
.....

3.4 - RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

3.4.1- Expressão de amor:.....

3.4.2- Expressão de interesse pelos outros:.....

.....

3.4.3- Expressão de tolerância às diferenças dos outros:.....

.....

3.4.4- Expressão de perdão:.....

3.4.5- Expressão de aceitação e presteza de auxílio:.....

.....

3.4.6- Expressão de apreciação pela natureza:.....

.....

3.5 - ATIVIDADES DE LAZER

3.5.1- Hábitos de lazer:

 tipo:.....

 frequência:.....

3.6 - PERCEPÇÕES SOBRE SUA GRAVIDEZ

3.6.1- Motivo da gravidez:.....

.....

3.6.2- Significado da gravidez para si:.....

.....

3.6.3- Alteração da gravidez:

- a) nos hábitos:.....
- b) no trabalho:.....
- c) na vida familiar:.....
- d) no seu corpo:.....

3.7 - CONHECIMENTOS SOBRE GRAVIDEZ, PARTO, PUERPÉRIO E RECÉM-NASCIDO

3.7.1- Conhecimentos sobre:

- a) fisiologia da mulher:.....
- b) gravidez:.....
- c) parto:.....
- d) puerpério:.....
- e) amamentação:.....
- f) cuidados ao recém-nascido:.....

3.7.2- O que gostaria de saber:.....
.....

3.8 - EXPECTATIVAS CIRCUNSTANCIAIS

3.8.1- Planos para:

- a) período da gravidez:.....
- b) o puerpério:.....
- c) o cuidado do RN:.....
- d) outros:.....

3.8.2- O que espera da enfermeira:.....
.....

3.9 - PREOCUPAÇÕES, DÚVIDAS E QUEIXAS

.....
.....
.....

IV - DADOS SOBRE AS NECESSIDADES PSICO-ESPIRITUAIS

4.1 - ATITUDES PARA CONSIGO

4.1.1- Aceitação pessoal:.....
.....

4.1.2- Valorização pessoal:.....
.....

4.1.3- Auto-determinação:.....
.....

4.1.4- Atitude positiva em relação a si própria:.....
.....

4.2 - FILOSOFIA DE VIDA

4.2.1- Significado da vida:.....
.....

4.2.2- Fixação de objetivos na vida:.....
.....

4.2.3- Crença em algo depois da vida:.....
.....

- 4.2.4- Congruência entre valores e práticas!.....

- 4.2.5- Demonstração de abertura para desenvolver-se!.....

- 4.2.6- Demonstração de satisfação em viver!.....

4.3 - FILOSOFIA RELIGIOSA

- 4.3.1- Crença num Ser Superior!.....
- 4.3.2- Sentimentos para com o ser Superior!.....

- 4.3.3- Importância do Ser Superior na sua vida!.....

- 4.3.4- Comunicação com o Ser Superior!.....

- 4.3.5- Necessidades humanas básicas que desempenha na comunidade re-
 ligiosa!.....

- 4.3.6- Significado da religião na sua vida!.....

A N E X O II

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

A N E X O III

PLANO TERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM

RELAÇÃO DAS NECESSIDADES BÁSICAS

Psico-Biológicas	Psico-Sociais	Psico-Espirituais
Oxigenação - oxigênio Nutrição - alimentos Hidratação - água Eliminações Exercícios Postura correta Repouso Sono Habitação Sexual Vestimenta Higiene Restauração	Relacionamento Gregarismo Liberdade Individualidade Superioridade Segurança Status Independência Dependência Imitação Criatividade Auto-estima Auto-imagem Escolha - percepção Defesa Exibição Amor Respeito Ordem Comunicação Aquisição - poder Curiosidade Agressividade Afirmação - ajustamento Realização Iniciativa Reconhecimento Lazer	Religião Fé, crença, filosofia de vida

LISTA CODIFICADA DE EXEMPLOS DE NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS¹

A - Psico-Biológicas	B - Psico-Sociais	C - Psico-Espirituais
<ol style="list-style-type: none"> 1. Equilíbrio respiratório 2. Equilíbrio circulatório 3. Equilíbrio ortostático 4. Equilíbrio metabólico 5. Equilíbrio hidroeletrólítico 6. Equilíbrio termo-regulador 7. Equilíbrio endócrino 8. Equilíbrio locomotor 9. Equilíbrio intestinal 10. Equilíbrio urinário 11. Equilíbrio vascular 12. Equilíbrio nervoso 13. Equilíbrio neurológico 14. Equilíbrio articulatório 15. Equilíbrio sexual 16. Equilíbrio digestivo 17. Equilíbrio reprodutivo 18. Equilíbrio nutritivo 19. Equilíbrio do repouso-lazer 20. Equilíbrio do sono 21. Equilíbrio da atividade 22. Equilíbrio da habitação 23. Equilíbrio da vestimenta 24. Equilíbrio na aparência física 25. Equilíbrio da psico-mecânica corporal 26. Equilíbrio da higiene oral 27. Equilíbrio da higiene corporal 28. Equilíbrio do funcionamento orgânico 29. Equilíbrio imunológico 30. Equilíbrio ecológico 31. Integridade óssea 32. Integridade muscular 33. Integridade cutânea 34. Integridade das mucosas 35. Integridade dentária 36. Integridade física 37. Percepção olfativa 38. Percepção auditiva 39. Percepção gustativa 40. Percepção tátil 41. Percepção visual 42. Acuidade olfativa 43. Acuidade auditiva 44. Acuidade visual 45. Sensibilidade tátil 	<p>Equilíbrio no ajustamento social:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. econômico 2. ocupacional 3. interpessoal 4. relacionamento 5. gregário 6. liberdade 7. individualidade 8. superioridade 9. segurança 10. <i>status</i> 11. aparência do vestuário 12. independência 13. dependência 14. imitação 15. criatividade <p>Equilíbrio da afetividade:</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. auto-estima 17. auto-imagem 18. rejeição-escolha 19. defesa 20. exibição 21. amor 22. respeito 23. ordem 24. conversação-comunicação 25. aquisição 26. curiosidade 27. agressividade 28. afirmação-ajustamento 29. realização 30. iniciativa ou decisão 31. reconhecimento <p>Equilíbrio na expressão do raciocínio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 32. comunicação 33. expressão das idéias <p>Equilíbrio perceptivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 34. percepção realística 35. auto-imagem <p>Equilíbrio psicossomático:</p> <ol style="list-style-type: none"> 36. psicossomatizações 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Equilíbrio religioso 2. Equilíbrio da fé, crença ou filosofia de vida

1. A numeração empregada nesta lista pode ser utilizada como critério de codificação das Necessidades Básicas Afetadas por ocasião do preenchimento deste item, no Plano de Cuidados; podem ser adicionadas muitas outras necessidades afetadas para complementar a lista.