IMPORTÂNCIA DA APLICAÇÃO DO PROCESSO
DE ENFERMAGEM EM SUB-PROGRAMAS DE
SAÚDE MATERNA

IONE GISELA FILIPE PINTO

Tese de Doutorado apresentada
à Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, Depar-
tamento de Prática de Saúde Pú-
blica, para obtenção do título de
"Doutor em Saúde Pública".

Orientadora: Prof. Dra. Aracy Witt
de Pinho Spínola

São Paulo 1980

A minhas filhas

Maria Paula e Maria Teresa

O meu reconhecimento sincero:

A Prof. Dra. Aracy W.P. Spínola que nos encontrou num período em que nos sentíamos já afastados da hipótese de tentar fazer o Doutoramento e tanto nos encorajou a continuar o trabalho. Além disso, os nossos redobrados agradecimentos por ter aceitado ser nossa orientadora; pelas valiosas e indispensáveis sugestões que nos deu e que têm sido uma constante fonte de estímulo.

Ao Prof. Dr. Reinaldo Ramos, nosso primeiro orientador que muito nos honrou com a aceitação do convite, de quem tanta e indispensável orientação e incentivo recebemos até se reformar.

A Dona Maria Rosa Sousa Pinheiro que de longe sempre persistiu, encorajou e exigiu que continuássemos a nossa valorização.

A Prof. Dra. Wanda de Aguiar Horta que tanto admiramos não só como pessoa como pelos conhecimentos que nos transmitiu, como ainda porque estes foram fonte de inspiração para esta pesquisa.

Ao Dr. Fernando Galvão de Melo a quem agradecemos o apoio estatístico que nos deu em Portugal.

Ao Prof. Dr. Ruy Laurenti e Dra. Sabina Gotlieb, pelos valiosos conhecimentos de estatística que nos ensinaram e pelo estímulo que nos deram sempre.

A todos os enfermeiros que nos têm ensinado Enfermagem, e especialmente aqueles que citamos nas referências bibliográficas e que nos enriqueceram com seus conhecimentos e pesquisas no campo da Enfermagem.

A todas as enfermeiras portuguesas que se interessaram pelo nosso trabalho e nos ajudaram a enriquecê-lo.

A todos os que direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho fosse uma realidade.

A toda a população que conosco colaborou e possibilitou a coleta de dados.

A TODOS - O NOSSO MAIS PROFUNDO RECONHECIMENTO.

INDICE

	Pag.
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS DA PESQUISA	11
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
3.1. Teoria das Necessidades Humanas Básicas - Processo de Enfermagem	12
3.2. Posições complementares em relação ao Processo de Enfermagem	16
3.3. Experiências com a aplicação do Processo de Enfermagem .	25
3.4. Prestação de cuidados à gestante - tendências	31
3.5. A economia sanitária	36
4. HIPÓTESES	40
5. METODOLOGIA	40
6. PREVISÃO DO TRATAMENTO ESTATÍSTICO	43
7. RESULTADOS OBTIDOS E DISCUSSÃO	44
7.1. Grupo etário	44
7.2. Grau de instrução e ocupação	46
7.3. Local de residência	50
7.4. Cor da pele	50
7.5. Estado civil	51
7.6. Religião	51
7.7. Primeiro contato das gestantes com o centro de saúde na gestação em curso	52
7.8. Paridade	56
7.9. Problemas registrados nas fichas e problemas identifica- dos por uma consulta de enfermagem na amostra A	59
7.9.1. Necessidades humanas básicas afetadas	68
7.9.2. Ações resultantes do plano assistencial	69
7.10. Problemas registrados nas fichas e problemas identifi- cados por uma consulta de enfermagem na amostra B	73
7.10.1. Necessidades humanas básicas afetadas	81
7.10.2. Ações resultantes do plano assistencial	82

7.11. Problemas registrados nas fichas e problemas identificados por uma consulta de enfermagem na amostra C . . .	85
7.11.1. Necessidades humanas básicas afetadas	93
7.11.2. Ações resultantes do plano assistencial	95
7.12. Problemas registrados nas fichas e problemas identificados por uma consulta de enfermagem na amostra D . . .	97
7.12.1. Necessidades humanas básicas afetadas	107
7.12.2. Ações resultantes do plano assistencial	108
8. CONCLUSÕES	112
9. SUGESTÕES	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
Anexo 1 - Histórico de enfermagem - instrumento de pesquisa . . .	A-2
Anexo 2 - Ficha de saúde materna utilizada nos centros de saúde - instrumento de pesquisa	A-7
Anexo 3 - Quadro 1 - Número de vezes que as Necessidades Humanas Básicas foram afetadas em função dos problemas dos diferentes grupos considerados na amostra A	A-8
Anexo 4 - Quadro 2 - Número de vezes que as Necessidades Humanas Básicas foram afetadas em função dos problemas dos diferentes grupos considerados na amostra B	A-9
Anexo 5 - Quadro 3 - Número de vezes que as Necessidades Humanas Básicas foram afetadas em função dos problemas dos diferentes grupos considerados na amostra C	A-10
Anexo 6 - Quadro 4 - Número de vezes que as Necessidades Humanas Básicas foram afetadas em função dos problemas dos diferentes grupos considerados na amostra D	A-11

INDICE DE TABELAS

	Pag.
Tabela 1 - Distribuição do coeficiente de mortalidade materna em Portugal de 1970 a 1975	2
Tabela 2 - Percentagem de partos sem assistência em Portugal de 1965 a 1975	2
Tabela 3 - Coeficientes gerais de fertilidade em Portugal de 1970 a 1975	3
Tabela 4 - Coeficientes de fertilidade por grupos etários das mulheres casadas em 1960 a 1970	3
Tabela 5 - Coeficientes de mortalidade peri-natal, neo-natal pós-natal e infantil nos anos de 1965, 1970 e 1975 . . .	4
Tabela 6 - Distribuição da população de Portugal por distritos , pessoal de enfermagem a trabalhar em Centros de Saúde hospitais concelhios e Serviços Médico-Sociais	8
Tabela 7 - Distribuição das gestantes por quatro amostras segundo o grupo etário	45
Tabela 8 - Distribuição das gestantes da amostra A, segundo o grau de instrução e ocupação	47
Tabela 9 - Distribuição das gestantes da amostra B, segundo o grau de instrução e ocupação	47
Tabela 10 - Distribuição das gestantes da amostra C, segundo o grau de instrução e ocupação	48
Tabela 11 - Distribuição das gestantes da amostra D, segundo o grau de instrução e ocupação	49
Tabela 12 - Distribuição das gestantes das amostras A, B, C e D por local de residência	50
Tabela 13 - Distribuição das gestantes das amostras A, B, C e D segundo a cor da pele	51
Tabela 14 - Distribuição das gestantes das amostras A, B, C e D segundo o estado civil	51
Tabela 15 - Distribuição das gestantes das amostras A, B, C e D segundo a religião	52
Tabela 16 - Primeiro contato das gestantes com o Centro de Saúde na gestação em curso, segundo o grupo etário na amostra A	53

Tabela 17 - Primeiro contato das gestantes com o Centro de Saúde na gestação em curso, segundo o grupo etário na amostra B	54
Tabela 18 - Primeiro contato das gestantes com o Centro de Saúde na gestação em curso, segundo o grupo etário na amostra C	54
Tabela 19 - Primeiro contato das gestantes com o Centro de Saúde na gestação em curso, segundo o grupo etário na amostra D	54
Tabela 20 - Procura do Centro de Saúde para seguimento da gestação aos 1º, 2º ou 3º mês ou dos 4 aos 8 meses segundo grupos etários	55
Tabela 21 - Paridade das gestantes da amostra A por grupos etários	57
Tabela 22 - Paridade das gestantes da amostra B por grupos etários	57
Tabela 23 - Paridade das gestantes da amostra C por grupos etários	58
Tabela 24 - Paridade das gestantes da amostra D por grupos etários	58
Tabela 25 - Problemas encontrados através da aplicação do Processo de Enfermagem, registrados na ficha e sua diferença (amostra A)	60
Tabela 26 - Problemas relacionados com habitação e ambiente (amostra A)	62
Tabela 27 - Problemas relacionados com limpeza corporal (amostra A)	62
Tabela 28 - Problemas relacionados com revestimento cutâneo-mucoso (amostra A)	63
Tabela 29 - Problemas relacionados com os órgãos dos sentidos (amostra A)	63
Tabela 30 - Problemas relacionados com os aparelhos cardio-respiratório, digestivo e genito-urinário (amostra A)	65
Tabela 31 - Problemas físicos e mentais relacionados com a gravidez (amostra A)	66
Tabela 32 - Problemas relacionados com as queixas das gestantes (amostra A)	67

	Pag.
Tabela 33 - Ordenação decrescente dos problemas por grupos (amostra A)	68
Tabela 34 - Necessidades humanas básicas afetadas (amostra A)	70
Tabela 35 - Ações resultantes da intervenção aplicando o processo de enfermagem (amostra A)	72
Tabela 36 - Problemas encontrados através da aplicação do Processo de Enfermagem, registrados na ficha e sua diferença na amostra B	74
Tabela 37 - Problemas relacionados com habitação e ambiente (amostra B)	75
Tabela 38 - Problemas relacionados com limpeza corporal (amostra B)	76
Tabela 39 - Problemas relacionados com o revestimento cutâneo-mucoso (amostra B)	76
Tabela 40 - Problemas relacionados com os órgãos dos sentidos (amostra B)	77
Tabela 41 - Problemas relacionados com os aparelhos cardio- -respiratório, digestivo e genito-urinário (amostra B)	78
Tabela 42 - Problemas físicos e mentais relacionados com a gestação (amostra B)	79
Tabela 43 - Problemas relacionados com queixas das gestantes (amostra B)	79
Tabela 44 - Ordenação decrescente dos problemas por grupos (amostra B)	80
Tabela 45 - Necessidades humanas básicas afetadas (amostra B)	82
Tabela 46 - Ações resultantes da intervenção aplicando o processo de enfermagem (amostra B)	84
Tabela 47 - Problemas encontrados através da aplicação do Processo de Enfermagem, registrados na ficha e sua diferença (amostra C)	86
Tabela 48 - Problemas relacionados com habitação e ambiente (amostra C)	88
Tabela 49 - Problemas relacionados com limpeza corporal (amostra C)	88

	Pag.
Tabela 50 - Problemas relacionados com o revestimento cutaneo- -mucoso (amostra C)	89
Tabela 51 - Problemas relacionados com os órgãos dos sentidos (amostra C)	89
Tabela 52 - Problemas relacionados com os aparelhos cardio- -respiratório, digestivo e genito-urinário (amostra C)	90
Tabela 53 - Problemas físicos e mentais relacionados com a gestação (amostra C)	91
Tabela 54 - Problemas relacionados com queixas das gestantes (amostra C)	92
Tabela 55 - Ordenação decrescente dos problemas por grupos (amostra C)	93
Tabela 56 - Necessidades humanas básicas afetadas (amostra C)	94
Tabela 57 - Ações resultantes da intervenção aplicando o processo de enfermagem (amostra C)	96
Tabela 58 - Problemas encontrados através da aplicação do Processo de Enfermagem, registrados na ficha e sua diferença (amostra D)	98
Tabela 59 - Problemas relacionados com habitação e ambiente (amostra D)	100
Tabela 60 - Problemas relacionados com a limpeza corporal (amostra D)	100
Tabela 61 - Problemas relacionados com o revestimento cutaneo- -mucoso (amostra D)	101
Tabela 62 - Problemas relacionados com os órgãos dos sentidos (amostra D)	102
Tabela 63 - Problemas relacionados com os aparelhos cardio- -respiratório, digestivo e genito-urinário (amostra D)	103
Tabela 64 - Problemas físicos e mentais relacionados com a gestação (amostra D)	105
Tabela 65 - Problemas relacionados com queixas das gestantes (amostra D)	106
Tabela 66 - Ordenação decrescente dos problemas por grupos (amostra D)	107

Tabela 67 - Necessidades humanas básicas afetadas (amostra D)	110
Tabela 68 - Ações resultantes da intervenção aplicando o processo de enfermagem (amostra D)	111

SIGLAS

- C.S. - Centro de Saúde
- D.G.S. - Direção Geral de Saúde
- E.E. - Escolas de Enfermagem
- I.N.E. - Instituto Nacional de Estatística
- I.T.E.E. - Inspeção Técnica do Exercício de Enfermagem
- P.E. - Processo de Enfermagem
- F.S.P. - Faculdade de Saúde Pública
- U.S.P. - Universidade de São Paulo

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa comparativa entre a aplicação do Processo de Enfermagem em sub-programas de saúde materna e os registros habituais no processo das clientes. São conhecidas algumas características da população, tais como: idade, escolaridade, ocupação, residência, cor da pele, estado civil, religião, primeiro contato com o centro de saúde na gestação em curso e paridade.

Processo de Enfermagem é um termo aplicado a um sistema de intervenções específicas da enfermagem na saúde das gestantes. Detalhadamente, envolve o uso de método científico, para identificar os problemas de saúde e de enfermagem e consequentemente as necessidades de saúde das gestantes; utilizar estas selecionando as que podem mais efetivamente ser solucionadas pelos cuidados de enfermagem; também inclui planejamento para encontrar essas necessidades, providenciar cuidados (encaminhando os que não dizem respeito à enfermagem) e avaliar os resultados.

Os instrumentos de pesquisa foram aplicados a cento e dezanove gestantes (quatro amostras probabilísticas sistematicas chamadas A,B, C e D com 32, 27, 30 e 30 gestantes) que representam 50% da população total de gestantes em cada centro de saúde.

Através de uma análise estatística em termos quantitativos utilizando média, moda, desvio padrão, amplitude de variação e em termos qualitativos utilizando qui-quadrado (X^2), coeficiente de Yule e amostras emparelhadas (teste de hipóteses) ao nível de significancia de 5%, confirmamos as duas hipóteses formuladas.

As principais conclusões foram:

- 1) A utilização do Processo de Enfermagem permitiu encontrar 1405 problemas de saúde e de enfermagem e nos registros nas fichas havia registrados 223.
- 2) Depois de encontrar os problemas, identificamos as Necessidades Humanas Básicas afetadas:
as psico-biológicas 1003 vezes e as psico-sociais 1069 vezes.

- 3) A utilização do plano assistencial permitiu fazer:
 - 887 orientações de saúde;
 - 372 supervisões em saúde;
 - 593 encaminhamentos para consulta médica e instituições ligadas à habitação e saneamento do meio.
- 4) Parece existir uma associação entre a procura do centro de saúde para seguimento da gestação desde o 1º mês e estar no grupo etário 15-29 anos (ao nível de significancia de 5%).
- 5) O papel da enfermagem é principalmente de educador e supervisor de saúde na enfermagem de saúde pública - saúde materna.
- 6) Este estudo demonstra que o corpo de conhecimentos da enfermagem está discriminado no planeamento das ações de saúde necessárias, de forma a responder à problemática das gestantes.
- 7) É evidente a importância da pesquisa em enfermagem como a maior contribuição para encontrar as necessidades de saúde e bem-estar das pessoas.

SUMMARY

This is a comparative survey between the application of the Nursing Process on the Maternal Health sub-programmes and the normal registrations in the file card. There are known some characteristics of the population such as: age, scolarity, occupation, residence, skin colour, marital status, religion, first contact with the health care center during pregnancy and offspring.

Nursing process is a term applied to a system of characteristic nursing interventions in the health of the pregnant women. In detail, it involves the use of scientific methods for identifying health and nursing problems and, consequently, the health needs of the pregnant women and for using the latter to select those which can most effectively be met by nursing care. It also includes planning to meet those needs, providing the care and evaluating the results.

The research instruments were applied to one hundred and nineteen pregnant women (four probabilistic and systematic samples called A, B, C and D with 32, 27, 30 and 30 pregnant women), who represents 50% of the total population of pregnant women.

By means of statistical analysis in quantitative terms, utilizing mean, mode, standard deviation, range of scores and, in qualitative terms, utilizing chi-square (X^2), Yules' coefficient and paired samples (hypothesis test - 5% level of significance), we confirmed the two hypothesis formulated.

The main research finding were:

- 1) Through the use of Nursing Process one find 1,405 health and nursing problems, on the other hand through the normal registrations in the file card one finds only 223.
- 2) After encountering problems, we can identify the Basic Human Needs affected: psycho-biological: 1,003 and psycho-social: 1,069.
- 3) The use of care planning permits one to deal with the following:
 - 887 subjects for health education;

- 372 subjects for health supervision;
 - 593 subjects for guidance, specially regarding medical consultations and institutions of basic sanitation and housing.
- 4) It seems to exist a significant relationship between the demand for the health care center by women, during the first three months of pregnancy in the 15 to 29 year old age group.
 - 5) The nursing role is mainly health educator and health supervisor of public health nursing - maternal health.
 - 6) This study demonstrates that the body of knowledge nursing is revealed in the planning of necessary health action in order to answer to the problematics of pregnancy.
 - 7) It is evident the importance of nursing research as a major contribution in meeting people's health and welfare needs.

1. INTRODUÇÃO

Em Portugal as grandes áreas de necessidades em matéria de saúde, poderão ser influenciadas por inúmeros fatores, entre os quais podemos destacar:

- . desequilíbrio dos recursos humanos em qualidade, quantidade, distribuição e utilização;
- . deficiências do rendimento desses recursos humanos decorrente da falta de racionalização das estruturas organizacionais dos serviços;
- . falta de planeamento de ações de Saúde e de Enfermagem suficientes para obter uma cobertura útil, pelo menos nos grupos populacionais em risco;
- . carência de estudos e pesquisas operacionais e científicas em todos os ramos e especificamente no campo da Enfermagem.

A escolha do tema em estudo prende-se a vários aspetos ligados à necessidade que vimos sentindo, de melhorar o atendimento de enfermagem em saúde materna nos Centros de Saúde em Portugal.

A enfermeira na saúde materna tal como nos outros sub-programas ligados à Saúde Pública, faz o seu trabalho de rotina: a sua atuação em relação à gestante limita-se na maior parte dos casos à leitura da observação médica e à educação de saúde geralmente baseada em listas de assuntos que é hábito focar nas entrevistas e não nas necessidades reais da gestante.

Para localizar um pouco melhor as necessidades em matéria de Saúde do País, especialmente nos aspetos que se ligam à saúde materna, consideramos oportuno apresentar alguns dados estatísticos para melhor situar o problema.

Apesar de nos coeficientes de mortalidade materna em Portugal se verificar uma tendência para a sua diminuição, há regiões onde essa mortalidade é bastante elevada, tais como: Vila Real 1,15‰, Portalegre 1,01‰ e Beja 1,75‰.

Na tabela que se segue podemos verificar a evolução dos coeficientes de 1970 e 1975 em que se nota uma melhoria de 0,3‰ partos.

Tabela 1. Distribuição do coeficiente de mortalidade materna em Portugal, de 1970 a 1975.

Anos	Nados vivos	Óbitos	‰
1970	172 891	127	0,73
1971	189 042	103	0,54
1972	174 685	96	0,55
1973	172 324	102	0,59
1974	171 979	82	0,48
1975	179 648	77	0,43

Fonte: Estatísticas demográficas do Continente e Ilhas Adjacentes 1970 e 1975. LISBOA, INE, 1971/1976.

Se compararmos com outros países europeus, verificamos que em 1973 a Espanha apresentava um coeficiente de 0,27‰, a França de 0,24‰ e a Suécia de 0,07‰ em 1974.

A redução dos partos sem assistência acelerou-se substancialmente no último quinquénio, em relação ao período anterior: desceu para metade o número de partos nas condições referidas, representando no entanto, ainda 14,9% do total em 1975 tal como se pode ver pela tabela que se segue.

Tabela 2. Percentagem de partos sem assistência em Portugal de 1965 a 1975.

Anos	‰
1965	43,5
1970	29,9
1975	14,9

Fonte: INE - Anuário Demográfico de 1965
- Estatísticas de Saúde de 1970 e 1975.

Outro fenómeno que se está a verificar é uma diminuição dos coeficientes gerais de fertilidade. Enquanto em 1971, se observava uma fertilidade de 85,05‰ mulheres em idade de procriar, em 1975 há uma di-

minuição para 77,1% . Admitimos que se deva em parte à introdução de Planejamento Familiar.

Tabela 3. Coeficientes gerais de fertilidade em Portugal de 1970 a 1975.

Anos	Coef. ‰
1970	75,95
1971	85,05
1972	83,80
1973	82,02
1974	78,90
1975	77,10

Fonte: INE, Estatísticas demográficas de 1970, 1971, 1972, 1973, 1974 e 1975.

Os coeficientes de fertilidade das mulheres casadas por grupos etários, evoluem da mesma forma se compararmos os anos de 1960 e 1970. Mantém-se o aumento de fertilidade dos 15-19 anos e uma diminuição de fertilidade em todos os outros grupos etários, tal como se pode verificar na tabela 4.

Tabela 4. Coeficientes de fertilidade por grupos etários das mulheres casadas, em 1960 e 1970.

<div> <div>Anos</div> <div>Grupos etários</div> </div>	1960	1970
15 - 19	414,4	446,3
20 - 24	350,8	339,6
25 - 29	245,6	218,2
30 - 34	160,2	136,6
35 - 39	111,9	85,8
40 - 44	51,2	35,5
45 - 49	4,9	3,6

Fonte: 1960 - Rev. Informação Social nº 6 - Abril-Junho, 1967, p.28
1970 - Estatísticas demográficas

Parece que os primeiros partos do casamento têm cada vez mais ten

dência a ocorrer até aos 24 anos da mãe, o que não deixa de estar ligado provavelmente à baixa idade de casamento.

Dada a relação direta existente entre a forma de acompanhamento da gravidez e do parto e a mortalidade infantil nos primeiros dias, tem interesse analisar a evolução da mortalidade peri-natal. Esta só a partir de 1970 sofreu um pequeno decréscimo, tal como se pode verificar na tabela 5, que se segue.

Tabela 5. Coeficientes de mortalidade peri-natal, neo-natal, pós-neo-natal e infantil nos anos 1965, 1970 e 1975.

Coeficientes de mortalidade	1965 ‰	1970 ‰	1975 ‰
Peri-natal	39,5	38,9	31,9
Neo-natal	25,4	25,4	22,1
Pós - neo-natal	39,5	32,6	16,8
Infantil	64,9	58,0	38,9

Fonte: INE - Anuário demográfico em 1965.

- Estatísticas demográficas e da Saúde de 1970 e 1975.

Quanto à mortalidade neo-natal só no último quinquénio sofreu uma descida de 25,4‰ para 22,1‰. Admitem-se aqui influência de causas endógenas tais como mal formações congénitas, debilidade e prematuridade e ainda por traumatismos ligados ao parto.

A mortalidade pós-neo-natal é essencialmente atribuída ao ambiente em que a criança se desenvolve, isto é, pelas condições de nutrição, higiene, salubridade do meio, pela melhoria dos cuidados de enfermagem e médicos e outros aspetos. Também se verifica uma queda considerável no último quinquénio. É de realçar que os primeiros centros de Saúde foram inaugurados em 1971; por isso admitimos a possibilidade de haver uma certa influência deste fator.

Quanto à mortalidade infantil, Portugal continua bastante afastado de países tal como a França e a Suécia, onde em 1974 se verificou um coeficiente de respetivamente 14,4‰ e 9,2‰, no entanto houve uma melhoria considerável nos últimos cinco anos.

De 1975 para 1978* o coeficiente de mortalidade infantil manteve-se 39‰, nados vivos e o número de crianças por mulher casada é de 2,5. A atitude do Governo perante a política de Planeamento Familiar é de aceitação encorajando bastante o uso de contraceptivos.

Dos numerosos serviços de Saúde que existem em Portugal espalhados por quase todos os ministérios destacam-se como serviços que prestam cuidados de Saúde Pública os Centros de Saúde e Hospitais concelhios (sub-distritos) que funcionam como unidades mistas e os Serviços Médico-Sociais da Secretaria de Estado da Saúde que se podem comparar no Brasil ao INPS.

Na tabela 6, podemos verificar os indicadores ou ratios referentes a habitante por enfermeiro se tivermos em conta a população de cada distrito e do país. Aí encontramos o valor máximo de 7414 habitantes por enfermeiro no distrito de Aveiro e valor mínimo 3676 habitantes por enfermeiro no distrito de Viana do Castelo. Por outro lado, ao analisarmos o que se passa nos Serviços Médico-Sociais, verificamos que o valor máximo de habitantes por enfermeiro se verifica no distrito de Beja, 8604 habitantes por enfermeiro e como valor mínimo no distrito de Setúbal 1673 habitantes por enfermeiro. Porém, já existe legislação que obriga que estes serviços - Centros de Saúde, Serviços Médico-Sociais e outros se integrem e formem num serviço único com a responsabilidade da Saúde da população onde estão inseridos. Se juntarmos o pessoal dos Centros de Saúde e o dos Serviços Médico-Sociais (penúltima e última colunas da tabela 6) verificamos que os indicadores descem até valores abaixo dos que a OMS preconiza para a Europa (2500 habitantes por enfermeiro).

Com mais do que 2500 habitantes/enfermeiro encontramos apenas o distrito de Beja com 3711, Bragança com 3150, Vila Real com 3270, Viseu com 3437, Portalegre com 2519, Guarda com 2806 habitantes por enfermeiro.

* dados fornecidos à Enf. Prof. Maria Alcina Fernandes, por técnicos da OMS, em Agosto de 1979, em Varsóvia, num Curso de Planeamento Familiar.

ro. Estes números são elucidativos da possibilidade do pessoal de enfermagem poder desenvolver um trabalho qualitativa e quantitativamente correto de forma a proporcionar à população a melhor assistência de enfermagem.

Os hospitais existentes nos municípios (chamados hospitais concelhios) sempre junto dos Centros de Saúde poderão beneficiar da quantidade de pessoal existente no Serviço de Saúde Pública, na medida em que nos parece terem falta de pessoal. É de salientar ainda, que em grande número daqueles Hospitais a população que necessita de cuidados é a terceira idade ou então servem de hospitais de retaguarda aos hospitais distritais para situações de convalescença. Tem sido incrementado ultimamente dotar os hospitais municipais (também chamados concelhios) de parteiros e de todo o equipamento indispensável ao parto "normal". As enfermeiras existentes nesses locais tem sido facilitado fazer o curso de especialização em Enfermagem Obstétrica (1 ano letivo).

A Inspeção Técnica do Exercício de Enfermagem, entidade que calcula a dotação de pessoal para Centros de Saúde, utiliza indicadores aos quais chama ratios na dotação de pessoal de enfermagem para os centros de saúde que passamos a citar*:

"RATIOS UTILIZADOS NA DOTAÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM PARA OS CENTROS DE SAÚDE"

1 - A nível de distrito:

- 1 chefe e 1 sub-chefe de serviço de enfermagem regional (à excepção de Lisboa, que tem 3, Porto e Viseu, que têm 2, respetivamente).

2 - A nível de Centro de Saúde (inclue a unidade de internamento/actual Hospital Concelhio):

2.1 - Da carreira de enfermagem de saúde pública:

*Policopiado da ITEE da Direcção-Geral de Saúde, sem data, mas que está em uso atualmente em 1980 (em estudo)

- 1 enfermeiro chefe do Centro de Saúde;
- 1 enfermeiro ou auxiliar de enfermagem de saúde pública para 2000 a 2500 habitantes.

Do número global - 1 terço terá a categoria de enfermeiro de saúde pública de 1ª classe.

2.2 - Da carreira de enfermagem hospitalar:

- 1 enfermeiro sub-chefe, por 30 a 40 camas;
 - 1 a 2 horas de enfermagem/doente/dia + 20% para substituições (faltas, férias, licença de parto, etc.)
- 1 terço destes profissionais terá a categoria de enfermeiro de 1ª classe.

3 - Tende-se para que todo o pessoal de enfermagem da unidade de internamento esteja habilitado com a especialização obstétrica. Entretanto, considera-se, como mínimo indispensável, que 40% tenha aquela especialização".

Tabela 6. Distribuição da população de Portugal por distritos, pessoal de enfermagem a trabalhar em Centros de Saúde, Hospitais concelhios e Serviços Médico-Sociais.

Distritos	População em milhares (Estimativa para 1977)	Centros de Saúde		Hospitais concelhios			Serviços Médico-Sociais		Centros de Saúde e Serv. Méd. Sociais	
		Pessoal de enfermagem *	Hab./ enf.	camas	Pessoal de enfermagem	cama/ enf.	Pessoal de enfermagem **	Hab./ enf.	Pessoal de enfermagem	Hab./ enf.
Aveiro	630.2	85	7.414	881	129	6,8	167	3.773	252	2.500
Beja	189.3	29	6.527	404	19	21,2	22	8.604	51	3.711
Braga	703.8	118	5.964	484	28	17,2	200	3.519	318	2.213
Bragança	192.2	37	5.302	297	38	7,8	24	8.008	61	3.150
Cast. Branco	246.5	57	4.324	338	30	11,2	79	3.120	136	1.812
Coimbra	436.7	79	5.527	438	46	9,5	175	2.495	254	1.719
Évora	178.8	38	4.705	506	36	16,3	39	4.584	77	2.322
Faro	309.3	60	5.155	463	36	12,8	68	4.548	128	2.416
Guarda	218.9	54	4.053	398	28	14,2	24	9.120	78	2.806
Leiria	412.0	70	5.885	428	46	9,3	139	2.964	209	1.971
Lisboa	1.986.7	240	8.277	245	20	12,2	1.154	1.721	1.394	1.425
Portalegre	141.1	26	5.426	362	19	19,0	30	4.703	56	2.519
Porto	1.548.3	276	5.609	1.018	61	16,6	756	2.048	1.032	1.500
Santarém	461.1	80	5.763	514	42	12,2	146	3.158	226	2.040
Setúbal	602.3	122	4.936	409	65	6,2	360	1.673	482	1.249
V. Castelo	202.2	55	3.676	399	34	19,0	54	3.744	109	1.855
Vila Real	287.8	45	6.395	270	18	15,0	43	6.693	88	3.270
Viseu	436.6	64	6.821	623	38	16,3	63	6.930	127	3.437
TOTAL	9.245.8	1.536	6.019	8.477	733	11,5	3.543	2.609	5.078	2.328

* incluindo o pessoal de enfermagem dos Centros de Saúde, Instituto Maternal e Serviço de Luta Anti-Tuberculose

** dados de 1979 fornecidos pelos Serviços Médico-Sociais da Secretaria de Estado da Saúde.

No Curso de Enfermagem de Base e em Cursos de Aperfeiçoamento em Enfermagem de Saúde Pública, desde 1974, o enfermeiro aprende a fazer a observação correta da gestante do ponto de vista bio-psíco-social podendo consequentemente fazer a descoberta da problemática de saúde existente, de uma forma sistematizada denominada processo de enfermagem. Uma vez que o enfermeiro sabe fazer, mas não faz, porque o serviço não o avalia por esse trabalho, porquê não insistir que ele faça na medida em que:

- por um lado possui conhecimentos teórico-práticos;
- por outro, aproveitam-se os recursos de enfermagem mais efizcamente.

A acrescer a estas razões, está o problema económico, pois o médico tem um vencimento muito maior que o enfermeiro. Existem funções que o enfermeiro hoje tem, que foram sendo delegadas pelo médico, à medida que o campo de conhecimentos da enfermagem foi crescendo. Não admira, portanto, que seja possível na saúde materna o enfermeiro executar consultas de enfermagem. A enfermagem enriquecer-se-á como campo de conhecimentos e tender-se-á para uma simplificação da técnica de execução na medida em que o enfermeiro ficar mais habilitado intelectualmente para o fazer.

Existe uma preocupação a nível internacional para enriquecimento das funções do enfermeiro. A própria OMS⁵⁵ defende a aplicação do processo de enfermagem, entendendo por "Processo de Enfermagem" um termo a aplicar a um sistema de intervenções específicas da enfermagem na saúde de indivíduos, famílias e/ou comunidades."

Pretende-se com a introdução do Processo de Enfermagem através da consulta de enfermagem que os enfermeiros utilizem todas as suas capacidades, mas isso não implica substituir o médico. Pode acontecer que as consultas médicas possam vir a ser mais espaçadas, ou alternadas com consultas de enfermagem. Existem em Portugal para o programa de saúde materna dois esquemas de frequência de consultas médicas. No esquema normal estão previstas até ao parto dez (10) consultas médicas, sempre se-

guiadas de entrevista da enfermeira aos: 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 2 semanas , 8, 8 e 2 semanas e 9 meses.

No esquema reduzido, para os casos em que se verifique excesso de frequência em relação às possibilidades do Centro de Saúde, estão previstas até ao parto quatro (4) consultas médicas seguidas de entrevista da enfermeira aos: 2, 5, 7 e 8 meses e meio. A enfermeira entrevistará as clientes aos 3, 8 e 9 meses.

Pretendemos reduzir as consultas médicas no caso da gestante sadia para cinco aos 3º, 5º, 7º e 9º meses e 40 a 60 dias após o parto e introduzir a consulta de enfermagem que seria realizada aos 1º ou 2º meses, 4º, 6º e 8º meses, tal como está estudado por NOGUEIRA⁵¹ que defende esta posição. Desta forma seriam identificados os problemas de saúde e de enfermagem, determinadas as necessidades básicas afetadas e elaborado o plano assistencial a pôr em prática.

Para isso este trabalho de pesquisa vai debruçar-se sobre a possibilidade de colheita de dados em uma consulta de enfermagem apenas, feita por nós. Vamos ver se existem vantagens ou desvantagens em compararmos estes dados com os registrados nas fichas e resultantes de pelo menos uma consulta médica e duas intervenções de enfermagem (preparação para a consulta e entrevista após a consulta). Na nossa amostra tanto podemos encontrar gestantes no início como no fim da gestação. O número de intervenções médicas e de enfermagem tidas até ao momento da pesquisa dependem da data de inscrição na consulta e da assiduidade da gestante a essa mesma consulta.

2. OBJETIVOS DA PESQUISA

- FAZER A IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM NAS GESTANTES CONSIDERADAS, APLICANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM;
- FAZER A IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS;
- COMPARAR OS DADOS OBTIDOS PELA APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM, COM OS REGISTRADOS NA FICHA DA GESTANTE.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Nesta pesquisa, utilizamos como principal suporte teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de WANDA HORTA³⁰. Diz-nos esta autora que a Enfermagem é uma ciência aplicada, saída da fase empírica para a científica, tendo evoluído pelo desenvolvimento das suas teorias, sistematização dos seus conhecimentos e investigação. Pelo exposto, facilmente se depreende que a Enfermagem tende, cada vez mais, para ser uma ciência independente. HORTA³⁰ procurou desenvolver uma teoria para explicar a natureza da Enfermagem, definir o seu campo de ação específico e a sua metodologia científica. Para tal, tomou como base outras teorias, tendo dado especial ênfase à de MASLOW⁴³, que se fundamenta nas Necessidades Humanas Básicas.

Nesta revisão bibliográfica abordaremos um pouco da Teoria das Necessidades Humanas Básicas e algo do que outros autores pensam sobre o Processo de Enfermagem; relataremos resumidamente outras experiências na aplicação do Processo de Enfermagem especialmente nos cuidados à gestante. Por fim apresentamos alguns pontos de vista à luz da economia sanitária.

3.1. Teoria das Necessidades Humanas Básicas - Processo de Enfermagem

Segundo HORTA³⁰, esta teoria possui três postulados que passamos a citar:

- "- A Enfermagem é um serviço prestado ao Homem.
- O Homem como parte integrante do Universo está sujeito a estados de equilíbrio no tempo e no espaço.
- A Enfermagem como parte integrante da equipa de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrios pela assistência ao Homem no atendimento das suas necessidades básicas, procura reconduzir o Homem à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço."

A partir destes postulados surgem conceitos, alguns dos quais passaremos a enunciar:

"Enfermagem - é a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento das suas necessidades básicas, de torná-lo independente dessa assistência, sempre que possível, pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar, manter e promover a sua saúde em colaboração com outros profissionais.,,

"Assistir em enfermagem é:

- Fazer tudo pelo Ser Humano aquilo que ele não é capaz de realizar por si só;
- Ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto-cuidar;
- Orientar, ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.,,

"Assistência de enfermagem - consiste em prestar todos os cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas do ser humano.,,

"Necessidades humanas básicas - são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais.,, Segundo MASLOW⁴³ não há satisfação completa ou permanente de uma necessidade pois se tal acontecesse não haveria mais motivação individual. HORTA²⁹ utiliza a classificação de JOÃO MOHANA⁴⁵ das necessidades básicas em:

- psico-biológicas;
- psico-sociais;
- psico-espirituais.

Segundo HORTA³⁴ as Necessidades Humanas Básicas são os entes da Enfermagem. Inúmeros fatores interferem na sua manifestação e atendimento. Entre eles podem-se citar: individualidade, idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores socio-econômicos, o ciclo saúde-enfermidade, o ambiente físico. Em estados de equilíbrio dinâmico as necessidades não se manifestam, no entanto estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado.

As síndromes de enfermagem para HORTA³⁴, são definidas como um conjunto de determinadas necessidades básicas alteradas, interrelacionadas, configurando um quadro característico presente em certas condições de desequilíbrio do ser humano. Algumas síndromes estão identificadas e descritas, nenhuma porém conhecemos relativamente à gestante.

ABDELLAH e LEVINE¹ consideram que as necessidades insatisfeitas são um reflexo da omissão de cuidados de enfermagem. Estas autoras identificam três áreas básicas insatisfeitas, tais como, repouso e relaxamento, falta de atendimento às chamadas e a área de alimentação. Afirmam ainda que a idade e o sexo do paciente, assim como o tamanho do hospital, são fatores que influenciam a opinião dos pacientes sobre os cuidados recebidos. Desta forma, quando as necessidades afetadas estão satisfeitas, aceita-se melhor a terapia.

Ainda para HORTA³⁰:

"Problema de enfermagem" - é toda a situação ou condição apresentada pelo indivíduo, família e comunidade que requer assistência do enfermeiro.,,

"Consulta de enfermagem"³⁰ é a atenção dada às pessoas, pelo enfermeiro, especificamente relacionada com a supervisão de saúde, de forma sistemática e completa.,,

"Processo de enfermagem"³⁰ consiste na dinâmica das ações sistematizadas, de enfermagem, visando a assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade.,,

"Cuidados de enfermagem"³⁰ corresponde à ação do profissional resultante, da sua percepção e análise do comportamento, situação ou condição do indivíduo, família ou comunidade.,,

A elaboração do processo de enfermagem obedece a uma metodologia científica e desenvolve-se por fases mutáveis - isto é, sujeitas a serem alteradas sempre que se justifique. Essas fases poderão ser representadas por um hexágono cujas faces estão inter-relacionadas e convergem para um ponto central onde se situa o ser humano (indivíduo, família e comunidade). Neste trabalho de pesquisa, tendo em conta o nosso objetivo a

penas iremos até à 3ª fase ou seja plano assistencial.

"Histórico de enfermagem³³ é um roteiro sistematizado para um levantamento de dados do ser humano (significativos para o enfermeiro) e que torna possível a identificação dos seus problemas.,,

"Diagnóstico de enfermagem³¹ consiste na identificação das necessidades básicas do ser humano que precisam de atendimento e a determinação pelo enfermeiro, do grau de dependência desse atendimento em natureza e extensão., Em natureza a assistência de enfermagem engloba: ajudar (A), orientar ou educar (O), supervisionar (S), encaminhar (E). Em extensão a assistência, pode classificar-se de 1 a 3 graus ou de 1 a 5 graus.

"Plano assistencial²⁸ é a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber perante o diagnóstico estabelecido.,,

"Plano de cuidados de enfermagem³⁰ é o roteiro que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados às necessidades básicas específicas do Ser Humano e fundamenta-se no plano assistencial de enfermagem.,,

"Evolução de enfermagem³⁰ é o relato periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no Ser Humano enquanto estiver sob a assistência profissional. Esta fase permite avaliar a resposta do indivíduo, família ou comunidade, à assistência de enfermagem posta em prática.,,

"Prognóstico de enfermagem³⁰ é a estimativa da capacidade do Ser Humano em atender as suas necessidades básicas afetadas, após a implementação do pla

no assistencial, de acordo com os dados fornecidos pela evolução de enfermagem.,,

Afirma ainda HORTA²⁹ em 1976:

"À medida que se processa a evolução da sociedade, os profissionais que a ela servem vão sofrendo modificações em seus papéis, que ora os ampliam ora os restringem. A enfermagem está ampliando seus papéis e isto leva a modificações profundas nas estruturas das instituições de saúde que ainda conservam concepções restritas ao papel "tradicional" da/o enfermeira/o , ora já ultrapassado [...]. Assim a/o enfermeira/o será responsável pelo diagnóstico de enfermagem e da prescrição de enfermagem sob a forma de plano assistencial; é também prerrogativa a consulta de enfermagem.,,

Prevê-se a criação de uma série de dispositivos que darão ao enfermeiro total independência dentro da sua área específica de ação que é assistir o ser humano no atendimento das suas necessidades básicas e pelo ensino do auto-cuidado torná-lo independente desta assistência. É evidente que haverá sempre uma interdependência de todos os profissionais da equipa de saúde, mas cada um será independente em aspetos específicos de suas atividades.

E acrescenta ainda HORTA²⁹ que é urgente que cada enfermeira/o, se conscientize de seus novos papéis, prepare-se científica e tecnicamente para executá-los e esclarecer, com tato e diplomacia as chefias das instituições onde trabalham para que não venham por desconhecimento, a infringir as leis e normas do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) e dos COREN (Conselhos Regionais de Enfermagem).

3.2. Posições complementares em relação ao Processo de Enfermagem

A OMS⁵⁵ no Medium-term programme in nursing/midwifery in Europe define Processo de Enfermagem como:

" um termo aplicado a uma sistema de intervenções específicas de enfermagem na saúde de indivíduos, família e/ou comunidades. Especificando, envolve o uso de métodos científicos para identificar as necessidades de

saúde do doente/cliente/famílias ou comunidades e para usar estes selecionando os que podem mais efetivamente ser solucionados pelos cuidados de enfermagem; inclui também planejamento para encontrar aquelas necessidades, providenciar os cuidados e avaliar os resultados. A enfermeira em colaboração com outros membros da equipa de saúde e o indivíduo, ou grupos a serem atendidos, define objetivos, estabelece prioridades, identifica cuidados a serem prestados e mobiliza recursos. Providencia pois os serviços de enfermagem quer direta, quer indiretamente. Subsequentemente avalia os resultados. A informação "feed-back" resultante da avaliação de resultados iniciará desejáveis mudanças nas subseqüentes intervenções em situações similares de prestação de cuidados de enfermagem. Desta forma, a enfermagem torna-se um processo dinâmico, conduzindo-se a si próprio a adaptação e aperfeiçoamento.„

Os peritos da OMS⁵⁵ dividem o Processo de Enfermagem em quatro fases interligadas:

- 1º - Coligir dados para avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem;
- 2º - Planear de acordo com as necessidades verificadas;
- 3º - Executar os cuidados indicados;
- 4º - Avaliar e "feed-back".

O esquema que apresentam tem a seguinte forma:

Se compararmos com as fases do processo de Enfermagem de HORTA³⁰ verificamos que : a 1ª fase deste correspondem as duas primeiras fases: histórico e diagnóstico de enfermagem; a 2ª fase corresponde o plano assistencial; a 3ª fase corresponde o plano de cuidados e a 4ª fase corresponde a evolução e prognóstico de enfermagem.

Também CHERESCAVICH¹¹ analisa a enfermagem à luz das necessida-

des dividindo-as apenas em dois grandes grupos: físicas e psíquicas.

Para PEARSON⁵⁹ as fases do processo de enfermagem também são muito semelhantes às de Horta pois admite também 6 fases: Observação de dados, validação, interpretação, planejamento, implementação e avaliação.

HART e HERRIOTT²⁵ consideram apenas três fases. Na sua opinião:

"Health care practitioners make a commitment to collaborate with the client system in the assessment-intervention-evaluation process in order to promote, maintain and restore health, and prevent illness within a framework in which the client system has ultimate responsibility for and control of the outcomes. The overall goal of a systems perspective for nursing practice is that the client system no longer needs assistance from the practitioner for effective functioning. Collaborative systems assessment, intervention and evaluation are the components of practice employed to accomplish this goal and restore the client system to a continuum of balance and purposeful direction.,,"

Para HALL²²:

"Process is defined as a set of actions or changes in a special order. It can be thought of as a phenomenon which shows a continuous change through time." BEVIS⁷ has described three attributes of process: 1) inherent purpose or reason for existing, 2) internal organization or series of actions or operations, and 3) infinite creativity or ongoing innovation. Process is characterized by a dynamic ongoing mechanism which alters through time but which maintains sufficient patterning to be recognizable.,,"

A system of Processes for Nursing Practice²²

BASIC PROCESS SKILLS	COMPONENTS OF NURSING PRACTICE	CHANGE PROCESS SKILLS
Perceiving Communicating Caring Knowing Problem-solving Creating Valuing	Assessing Intervening Evaluating	Inquiring Helping Teaching Supervising Coordinating Collaborating Consulting Bargaining Confronting Lobbying

Das fases do Processo de Enfermagem, talvez a que temos sentido que mais se discute é o histórico de enfermagem.

Já em 1951, na Escola Técnica de Enfermeiras em Lisboa, quando iniciámos o nosso curso de enfermagem se aplicava aos doentes internados em hospital, a anamnese de enfermagem sempre que os doentes davam entrada no hospital. Esta anamnese marcava o nosso primeiro contato como cliente e servia-nos de orientação para elaborarmos o nosso Plano de cuidados de Enfermagem. Não era mais do que um histórico de enfermagem.

Para HORTA³³, a introdução na prática do histórico de enfermagem ocorreu em 1965: "quando o aplicámos pela primeira vez com os alunos sob o nome de anamnese de enfermagem. À medida que aplicávamos o processo surgiam novos dados a serem colhidos e dessa forma os modelos usados foram crescendo, em tamanho e complexidade. Por fim em 1969 tínhamos três modelos de histórico de enfermagem, o modelo I, bem simples para ser usado por alunos que cursavam fundamentos de Enfermagem, conteúdo correspondente a quatro páginas de texto que descreveremos a seguir; o Histórico II, bem mais completo, porém ainda não se incluía todos os dados necessários para o levantamento das necessidades dos pacientes, desenvolvia-se em oito páginas. O modelo III resultou de discussão de um grupo de estudos formado por docentes de várias disciplinas da Escola de

Enfermagem da USP, este modelo, completo, consta de doze páginas de texto.

Os três modelos têm sido utilizados por estudantes de pós-graduação, nível de mestrado, em seus trabalhos de campo com a aplicação do processo de enfermagem, do que resultou modificações importantes na ordem e sequência da entrevista, por exemplo: a obtenção dos dados das necessidades básicas partindo das por nós consideradas neutras para as mais pessoais - sono e repouso, atividades, alimentação, eliminação ao invés do abrigo, cuidado corporal, sexualidade, etc., que iniciavam os outros históricos.

CIANCIARULLO¹⁰ aborda problemas surgidos quando da utilização da prescrição de enfermagem; o histórico de enfermagem como fundamento da prescrição de enfermagem e opiniões de autores sobre o agente do preenchimento desse histórico.

Segundo CIANCIARULLO a locução histórico de enfermagem foi introduzida por Yoriko Kamiyama em reunião da Cadeira de Fundamentos de Enfermagem na Universidade de São Paulo em 1967.

A propósito do levantamento de dados e problemas de pacientes, ou seja, do preenchimento do histórico de Enfermagem, preconizam os autores LITTLE e CARNEVALI⁴¹ (1969), SHAW e McLAUGHLIN⁶⁰ (1969) DAHLSTEDT¹³ (1969) HAMDÍ e HUTELMYER²³ (1970), CALNAN e HANRON⁸ (1971) e MAYERS⁴⁴ (1972) que este deveria ser feito pela própria enfermeira, quando da entrevista com os pacientes admitidos na sua unidade. NAKAMAE e KOIZUMI⁴⁹ apresentam em 1978 o exame clínico de enfermagem. Este trabalho tem como finalidade fornecer ao estudante de enfermagem que se inicia na prática de Enfermagem Médica, material didático para a aplicação do processo de enfermagem, especificamente no que se refere à identificação dos problemas de enfermagem do paciente adulto. Pretende-se elaborar o exame das condições físicas e das condições psico-sociais do paciente. O exame das condições físicas foi apresentado em três partes. Na primeira, incluíram a identificação do paciente, as condições de relacionamento, com o meio externo e as condições dos sinais vitais.

Em 1979 as mesmas autoras⁵⁰ apresentam o exame das condições da pele, mucosas e fâneros, da nutrição, hidratação e eliminação que muito vai ajudar os estudantes a aprofundar o histórico de enfermagem.

HENDERSON²⁶ refere como a única função da enfermeira/o a de assistir o indivíduo nas atividades que ele desempenharia sozinho se tivesse a necessária força, vontade ou conhecimento. Porquê então se o indivíduo tiver força, vontade e autoconhecimento para tal, não deixá-lo preencher o seu próprio histórico de enfermagem?

LEWIS⁴⁰ e YURA e WALSH⁶² admitem essa possibilidade, no entanto só em determinadas circunstâncias.

Nós somos da mesma opinião, pois tem como condição saber ler e escrever e possuir além disso capacidade para o fazer.

NOGUEIRA⁵³ e colaboradores descreve num relatório o uso de um modelo de histórico e de plano de assistência de enfermagem à família, realizado por docentes e alunos de uma escola de Enfermagem. Este trabalho foi considerado válido pelos seguintes motivos:

- levantou a possibilidade, não muito remota, da aplicação adequada do processo de enfermagem em nível familiar;
- demonstrou a importância, mais uma vez, do trabalho de enfermagem de saúde pública ser centralizado na família;
- proporcionou aos alunos uma experiência em assistência de enfermagem tendo, como unidade de trabalho, a família como um todo;
- proporcionou aos docentes e alunos experiência na aplicação do processo de enfermagem em nível familiar;
- melhorou a qualidade da assistência de enfermagem prestada à família, em relação ao tipo de assistência que se prestava anteriormente e para a qual os alunos eram orientados.

FRIEDLANDER¹⁸ apresenta algumas definições emitidas pelos autores de "problemas de enfermagem" e tece comentários sobre a utilização, dessas definições e suas implicações teóricas. Diferencia "problemas de

enfermagem" de "problemas do paciente" e "necessidade do paciente". No entanto refere que em 1968 HORTA²⁷ em sua tese contribui para esta conceituação ampliando e esclarecendo o seu significado. Define problemas de enfermagem como "a condição ou situação apresentada pelo paciente, família ou comunidade na qual a enfermeira presta, através da sua assistência, seus cuidados profissionais."

As conclusões de HORTA²⁷ na sua tese de Livre Docência são da maior importância, sendo difícil selecionar as mais relevantes. De acordo com o interesse desta pesquisa, parece-nos de ressaltar as seguintes conclusões:

- Na observação sistematizada identifica-se muito maior número de problemas que na observação rotineira habitualmente feita nos hospitais. A observação sistematizada permitiu-nos identificar 2184 problemas físicos em 46 pacientes; sobre os mesmos pacientes o serviço regular de enfermagem do hospital campo de estudo, que não se utiliza da observação sistematizada anotou 662 problemas ou 30,3% dos que identificamos;
- Do total de problemas do nosso estudo, 47,4% foram identificados na admissão do paciente, enquanto que, dos 662 anotados pelo serviço de enfermagem, a proporção foi somente de 11,5%. Isto prova que a rotina de admissão tal como é feita não permite o levantamento da maioria de problemas que poderiam ser identificados nessa ocasião. Há pois necessidade de reformulação da rotina de admissão no hospital, campo do nosso estudo, conclusão esta que julgamos poder ser generalizada.
- A visita diária ao paciente é indispensável para a descoberta de novos problemas.
- Dada a insuficiente capacidade dos estudantes de enfermagem, e enfermeiros em identificarem os aspectos físicos dos problemas de enfermagem de seus pacientes, cabe às Escolas de Enfermagem preparar seus estudantes na técnica de observação

sistematizada dos problemas de enfermagem, incluindo neste preparo a pesquisa dos cuidados mais adequados para o atendimento dos mesmos."

HORTA³¹ apresenta em 1976 um modelo operacional para determinar a dependência de enfermagem em extensão, procurando dar adequação pragmática a esta operação de diagnóstico de enfermagem. Pensamos que foi um avanço, na medida em que contribui para a sua clarificação.

Para PAIM⁵⁷ a prescrição de enfermagem é uma ordem registrada pelo enfermeiro com vista ao cuidado direto do indivíduo sob sua responsabilidade profissional. Segundo a mesma autora:

"A prescrição de enfermagem significa, portanto, medidas de solução para os problemas de um indivíduo, indicadas e registradas previamente pelo enfermeiro, com a finalidade última de atender as necessidades desse mesmo indivíduo sob sua responsabilidade profissional.

O total de prescrições de enfermagem de cada paciente resulta em muito mais que um simples somatório de alternativas de solução para os problemas identificados porque ele forma uma composição determinante de um plano de cuidados, no qual é assegurada a interrelação das ações prescritas numa combinação útil e harmoniosa, definindo por isso mesmo o uso independente de cada prescrição isolada. Esta afirmativa encontra apoio em D.BRODT quando escreve sobre teoria sinérgica de enfermagem e esclarece que a combinação de duas ou mais atitudes do enfermeiro produz um resultado diferente de uma atitude tomada isoladamente."

Diz-nos DOURADO¹⁶ que:

"Há pelo menos três razões para que a enfermeira utilize o plano assistencial de enfermagem:

A primeira é muito ampla: toda a cultura ou civilização é feita de comportamentos simbólicos. Criamos expectativas de comportamentos e agimos de modo concatenado uns com os outros. Como trabalha a costureira o médico, o dentista, o balconista tem importância para o funcionamento racional da sociedade. A vida é um constante empenho para satisfazer-se as necessidades. Em segundo lugar, as ações de enfermagem têm que

ser previstas; têm que ser registradas. A fundamentação científica de nossas ações comporta o tratamento que é habitual entre aqueles que exercem não um simples ofício, mas uma profissão.

Outra razão é a necessidade de comunicação, não só efetiva mas sem as dúvidas evitáveis. Pode-se encontrar pessoas - legisladores por exemplo - que não sabem o que faz a enfermeira. Infelizmente muitos de nós têm deixado de fazer os registros escritos apropriados. No presente estamos compreendendo que a atitude profissional nos impele a fazer, eticamente, os registros que nos competem, observado o disposto no inciso XVII do art. 9º do Código de Deontologia de Enfermagem.

E, por último, os bons registros são essenciais para pesquisas. Cada vez mais, temos que produzir os nossos próprios achados, contribuindo para o progresso do conhecimento."

KURGANT³⁷ focaliza o plano de cuidados de enfermagem como instrumento de administração nas diferentes formas: como agente de comunicação; como elemento de educação contínua; como catalizador de actividades; como indicador de controle e avaliação.

Para ANGERAMI⁴ e colaboradores:

"A anotação constitui elemento imprescindível para a avaliação da assistência de enfermagem prestada aos pacientes: fornece subsídios, para as pesquisas em enfermagem, constitui defesa legal para o hospital e uma forma de comunicação entre as equipes de enfermagem e de saúde. Deve continuar constando do prontuário do paciente; caso contrário, perder-se-ia todo o alicerce de pesquisa e de avaliação do serviço de enfermagem. As anotações devem ser completas no que diz respeito à identificação de problemas relativos às áreas psico-biológica, psico-social e psico-espiritual e às ações executadas. Como líder da equipe o Enfermeiro deve valorizar as anotações de enfermagem e supervisionar esta tarefa quando efetuada por pessoal de outros níveis, completando-as quando necessário.

Cada serviço deverá normalizar a forma de execução das anotações testá-la e revisá-la frequentemente. Para isso os enfermeiros devem re-

almente assumir o papel de liderança, para o qual são preparados, procurando adequar a assistência de enfermagem no Brasil, através da criação de novas formas de resolução de problemas e da utilização de recursos disponíveis."

DICHTER¹⁵ ao referir-se a pesquisas efectuadas em vários hospitais afirma que não há "muitos cuidados", porém o que mais preocupa o paciente não é a quantidade dos mesmos, mas sim a qualidade. É em relação a atitudes de enfermagem que os pacientes mais reagem e não aos procedimentos efectuados. Afirma ainda que as situações embaraçosas e desagradáveis são mais frequentes do que seria esperado.

3.3. Experiências com aplicação do Processo de Enfermagem

KOCH e OKA³⁶ relatam a avaliação feita pelos alunos do departamento de enfermagem da UCP.

A população constitui-se de todos os alunos do 4º e 6º período do ano letivo de 1975 das disciplinas de Enfermagem Médica e Enfermagem Ginecológica, respectivamente. Dos 72 alunos só 47 preencheram o questionário, ou seja 65%.

Nas considerações finais lê-se:

"Muitos enfermeiros que trabalham em escola ou hospital relutam em iniciar a aplicação do processo de enfermagem por vários motivos, como: perda de tempo, falta de pessoal, pouco resultado positivo.

Acreditamos que devemos primeiro testá-lo, para depois falarmos de seus defeitos.

É necessário lembrar ainda, que com a nova legislação sobre o exercício profissional, esta será a formação específica do enfermeiro em futuro próximo.

Pelos resultados da nossa experiência, concluímos que apesar das dificuldades: falta de entrosamento com a equipa médica e de enfermagem e pouca oportunidade para prestar assistência planejada, nosso tempo foi

muito bem aproveitado e os resultados, tanto para o ensino como para o paciente, foram satisfatórios.

Creemos que, com a aplicação de assistência sistematizada, pode ser diminuído o número de funcionários, e além disso, o enfermeiro aproximando-se mais do paciente, conhecendo-o e planejando seus cuidados, retoma seu lugar de líder da equipa de enfermagem. O tempo que se perde na elaboração do plano e coleta de dados é ganho na prestação de cuidados previamente estabelecidos e adequados.

É da máxima urgência o treinamento de todo o pessoal de enfermagem na área de ensino e de campo de atividades.

Sugerimos que cada profissional dentro da sua área faça uma experiência da aplicação do processo, avalie os resultados e divulgue-os para que brevemente cheguemos à situação ideal...

PAULA⁵⁸ faz a sua conclusão em relação ao Processo de Enfermagem orientado para os problemas do paciente: iniciação do ensino em Fundamentos de Enfermagem:

"Uma experiência da aplicação do processo de enfermagem orientado para os pacientes vem ao encontro das aspirações maiores das docentes de Fundamentos de Enfermagem que em suas atividades de ensino vêem-se muitas vezes dicotomizadas em termos: estudante-paciente. Essa metodologia simples em seu contexto mais amplo já, que centra suas atenções nos problemas identificados pelo próprio estudante utilizando instrumentos e conhecimentos adquiridos previamente em salas de aulas, proporciona um sistema de retro-alimentação que dinamiza o processo de avaliação do estudante. As docentes que dantes não possuíam instrumentos tão precisos para avaliar o estudante em função de suas atividades para assistência das necessidades dos pacientes, durante o desenvolvimento deste trabalho no campo não precisariam preocupar-se com a dicotomia estudante-paciente, pois ambos eram mantidos sob controle pelo processo utilizado."

O trabalho de ANGERAMI⁵ evidencia que o histórico de enfermagem permitiu a identificação dos problemas do paciente, os quais coincidi-

ram com os sinais e sintomas de moléstia. A implementação do plano assistencial baseado no diagnóstico de enfermagem e a evolução de enfermagem permitiram discussão entre os membros da equipa de saúde os quais alteraram o diagnóstico médico e de enfermagem.

KAMIYAMA³⁵ informa-nos sobre o ensino do processo de enfermagem em doenças transmissíveis em experiência de integração hospital-escola.

Os objetivos do trabalho integrado hospital-escola, na aplicação do processo de Enfermagem parecem ter sido alcançados de modo geral.

"É evidente a melhoria da assistência prestada ao paciente, seguindo a metodologia sistematizada. Os cuidados prioritários tendem a ser criteriosamente selecionados e ministrados em tempo hábil; sua continuidade é assegurada para as vinte e quatro horas em virtude da observância da prescrição das anotações mais assíduas e oportunas e da passagem de plantão com apresentação de informações seletivas e significativas. A assistência à família do Internado também se torna mais eficaz devido ao entrosamento mantido com o setor de enfermagem de Saúde Pública

Esse tipo de ensino parece contribuir para o desenvolvimento do aluno nas áreas cognitiva, conativa e afetiva, pois ele sente ser participante efetivo da equipa de enfermagem, percebe que as prescrições de enfermagem são valorizadas pelo pessoal hospitalar e além disso, pode ter uma visão global do paciente nas 24 horas do dia, mesmo atuando diretamente apenas no horário de estágio.

Muitos funcionários, por sua vez, parecem habituar-se a seguir a prescrição; alguns chegaram mesmo a procurá-la posteriormente ao término do estágio.

Do ponto de vista docente a utilização do processo de enfermagem favorece grandemente o controle da aprendizagem dos alunos sobre os pontos essenciais da especialidade. O histórico de enfermagem e o plano de cuidados acompanhado da evolução de enfermagem constituem ainda valiosos instrumentos para a avaliação discente.,,

Relata-nos HORTA²⁸ que a aplicação do P.E. em sessenta indiví-

duos aparentemente sadios identificou 28 necessidades básicas alteradas com uma média de nove para cada cliente. Encontrou-se como constante a interrelação entre as necessidades de eliminação, hidratação e nutrição. O plano assistencial consistiu em orientação, controle e encaminhamento.

MUXFELDT⁴⁸ apresenta um relatório sobre as atividades desenvolvidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Sobressai a consulta de enfermagem como uma atividade desenvolvida no Programa I - Saúde Materna, que proporciona assistência à gestante sadia.

NOGUEIRA⁵² a propósito de uma experiência em consultas de enfermagem para crianças escreve:

"A consulta de enfermagem para o grupo de crianças alvo de estudo foi valiosa não só porque identificou problemas sócio-sanitários das mesmas, mas também porque procurou assistir a esses problemas de forma racional utilizando os recursos disponíveis no serviço e na comunidade. Quanto aos alunos de enfermagem, consideramos valiosa a experiência para a sua futura vida profissional.,,

COSTA¹² ao relatar uma experiência na aplicação de metodologia científica na assistência de enfermagem à família afirma:

"Devido à exiguidade do tempo, o processo de enfermagem foi aplicado a poucas famílias, uma para cada mestranda, mesmo assim o grupo chegou às seguintes conclusões:

- . O uso de uma Metodologia Científica no atendimento às necessidades humanas da família, por meio do processo de enfermagem é exequível.
- . A aplicação do processo de enfermagem à família nos permite uma visão mais real dos problemas de saúde do indivíduo, pois ele é assistido dentro da problemática de sua constelação familiar.
- . As informações contidas nestes instrumentos nos permite dar continuidade à assistência de enfermagem, avaliá-la, além de nos fornecer subsídios para pesquisa nesta área.,,

Uma das experiências mais interessantes que já li sobre este assunto, foi a descrição feita por LUCKESI⁴², a propósito do Hospital Ana

Nery. Diz-nos a autora:

"O Processo de Enfermagem foi implantado por uma necessidade de maior produtividade, mais eficiente e mais humano atendimento ao paciente hospitalizado. Essa metodologia de trabalho foi escolhida, dentre outras, exatamente por basear-se no estudo e na reflexão das necessidades básicas do ser humano e pela dinamicidade e cientificidade que ela garante ao trabalho da enfermeira.,,

O modelo adotado foi o de Wanda Horta, composto de seis fases, no entanto para este trabalho foi retirado o prognóstico de enfermagem.

"Estas fases têm garantido às enfermeiras oportunidades diversificadas de ação. O Histórico de Enfermagem, elaborado pela enfermeira da unidade onde o paciente é admitido, tem possibilitado maior relacionamento enfermeira/paciente; o Diagnóstico de Enfermagem garante a identificação objetiva de problemas e a determinação do grau de dependência, elementos fundamentais, na planificação de ação de enfermagem; Plano assistencial, com características de diretriz de ação tem oportunizado às enfermeiras refletir as peculiaridades de cada paciente; o Plano Diário de Cuidados, tem garantido uma coordenação e continuidade na assistência ao paciente no decorrer das vinte e quatro horas do dia; e, finalmente, a evolução de enfermagem, que tem como função registrar a resposta do paciente à assistência realizada, possibilita uma avaliação objetiva do planejamento estabelecido e executado frente ao quadro diagnosticado do paciente. Enfim, o Processo de Enfermagem tem possibilitado às enfermeiras trabalhar junto aos pacientes de forma mais científica e sistematicamente, desde que ele permite a visualização do paciente a partir de um quadro diagnóstico, um planejamento de assistência e um instrumento, de avaliação dos efeitos produzidos pela ação da enfermagem. E a avaliação feita sobre dados objetivos (nas opiniões) viabiliza estudo e replanejamento nos casos de alguma inadequação.,,

E acrescenta a autora adiante:⁴²

"Assim, no geral, as enfermeiras sentem que o Processo de Enfermagem como um todo, dá um cunho científico e eficiente à sua ação; pro-

porciona maior autonomia profissional; facilita a assistência específica ao paciente. Como se pode ver, a aplicação do Processo de Enfermagem no Hospital Ana Nery, nestes dezoito meses de urgência, tem fornecido por um lado uma metodologia de trabalho mais eficiente às enfermeiras e, por outro lado, um aprofundamento da consciência profissional, no que se refere a autonomia, fundamentação científica e eficiência.,,

Em Portugal podemos destacar as experiências de aplicação do processo de enfermagem já descritas por alunos a frequentar o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública e dos quais destacamos MOREIRA DA ROCHA⁴⁶, GORDINO^{19/20}, ALMEIDA³, BARBOSA⁶, LAGES e LIMA ANJO³⁸ e VINHA⁶¹.

Para estes autores, a identificação de problemas de enfermagem e de necessidades básicas afetadas com uma única abordagem do cliente utilizando o Processo de Enfermagem, quer em saúde da criança, quer em saúde da grávida, quer na assistência a diabéticos, quer ainda na assistência a doentes internados é muito superior à problemática encontrada pelo processo habitual de abordagem do cliente nas diferentes intervenções.

CARVALHO⁹ conta-nos porque acredita no Processo de Enfermagem:

"Se os pacientes, cujos problemas aqui relatamos tivessem recebido assistência de enfermagem sistematizada, pela aplicação do Processo de Enfermagem não teriam passado por tantos sofrimentos e dissabores, suas necessidades seriam identificadas precocemente e teriam recebido o tratamento de enfermagem adequado, ao invés de ficarem sujeitos a ações inadequadas e por vezes contraditórias.

Estes casos ocorreram enquanto supervisionavam alunas que aplicavam com excelente resultado o Processo de Enfermagem em suas pacientes.

No término de um trabalho de campo, senti-me convita, mais do que nunca da necessidade que a/o enfermeira/o tem em participar dos problemas de suas pacientes, e isto só se torna possível e eficiente pela aplicação do Processo de Enfermagem em todas as suas fases.,,

3.4. Prestação de cuidados à gestante - tendências

Em 1976 a OMS⁵⁶ indicou-nos que para determinar localmente o conteúdo e a estratégia dos cuidados pré-natais, elaborar o calendário e o número de visitas pré-natais necessárias em certas zonas ou em certos grupos populacionais, têm que se ter em conta os seguintes fatores:

- 1) características em relação com a saúde das mulheres em idade de procriar: instrução, tipo de trabalho, costumes em relação ao casamento, procriação e a maneira de cuidar dos recém-nascidos;
- 2) estado sanitário: nível geral de saúde dos adolescentes e das mulheres em idade de procriar, em particular o estado nutricional, prevalência e gravidade da anemia, tipos e frequência de doenças infecciosas, especialmente as que têm efeitos nocivos sobre a gestação ou sobre o feto;
- 3) fatores biológicos: idade média da primeira gravidez, paridade, intervalos genésicos, número total de gestações;
- 4) prevalência de doenças específicas da gestação;
- 5) fatores determinantes de pôr em marcha medidas de intervenção na comunidade;
- 6) compreensão do problema e aceitação de medidas de intervenção pela comunidade;
- 7) recursos humanos e outros disponíveis;
- 8) acessibilidade dos serviços pelas mulheres grávidas;
- 9) existência de serviços de apoio, por exemplo possibilidade de enviar mulheres grávidas para estabelecimentos especializados em caso de gestação de alto risco;
- 10) existência de possibilidade prática de lançamento de programas podendo reduzir os problemas sanitários e promover o bem-estar;
- 11) atividades em relação com a saúde ligadas a outros setores e suscetíveis de influenciar sobre a saúde das mulheres grávidas.

DUARTE e MUXFELDT¹⁷ ao falar sobre o papel da enfermeira na as-

sistência à gestante sadia sugerem:

"A consulta de enfermagem é a atividade independente em que a gestante é atendida de forma sistemática e contínua, enquanto que a entrevista de enfermagem é a atividade interdependente em que a enfermeira supervisiona o seguimento da terapêutica médica, define e orienta os aspectos de educação relacionados aos problemas de saúde e à higiene pré-natal.

Consulta de enfermagem é a atenção de enfermagem prestada à gestante sadia, de modo sistemático e contínuo; tendo em vista o transcorrer de uma gestação, parto, puerpério e recém-nascido normais.

Duração da consulta está prevista para ser realizada em 30 minutos.

Concentração - a consulta de enfermagem é alternada com a consulta médica, tendo pois, 50% das consultas previstas para a gestante sadia

AÇÕES COMPONENTES DA CONSULTA - na realização da consulta, a enfermeira, executa as seguintes ações:

- 1º - avaliação dos resultados dos exames laboratoriais realizados pela gestante;
- 2º - histórico de enfermagem para identificação do perfil da gestante, visando orientá-la no atendimento às suas necessidades básicas e psicossociais, baseada na investigação de:
 - percepções e expectativas relacionadas à gestação;
 - hábitos anteriores quanto ao sono, repouso, atividades físicas, recreação, alimentação, uso de fumo e álcool, eliminações e higiene pessoal;
 - aspectos relacionados à sexualidade;
 - aspectos relacionados a sinais e sintomas na gestação;
 - constelação familiar;
 - atividade profissional;
 - atividade na comunidade;
 - condições socio-econômicas;
 - condições da habitação quanto à localização, tipo, dependências

ventilação, água, esgoto, instalação sanitária, lixo, luz, presença de animais e insetos.

3º - exame físico, que consta basicamente de:

- controle de pressão arterial;
- avaliação de estado nutricional da gestante, através do controle ponderal sistemático, da observação e de dados levantados no histórico de enfermagem, quanto a hábitos alimentares;
- observação das alterações como edemas, varizes, erupções cutâneas, problemas de mamas ...

4º - exame obstétrico, feito através de:

- medida da circunferência abdominal e altura uterina;
- execução de manobras de palpação;
- ausculta dos batimentos cardíacos fetais;
- toque vaginal quando indicado.

5º - definição de problemas a nível de atenção de enfermagem e organização de um Plano Assistencial.

6º - Orientação da gestante, de acordo com os problemas identificados considerando necessidades individuais, normas e rotinas de serviço.

7º - agendamento para imunização anti-tetânica e cursos desenvolvidos no serviço.

8º - encaminhamento para outros locais (Laboratório, Serviço Social, Serviço Odontológico, Maternidade, Serviço de Puericultura, Clínica de Planejamento Familiar ...).

9º - registro de consulta no prontuário.

No esquema de orientação prestada à gestante, foi dado ênfase a:

- Orientação e controle científico. Tendo como base a identificação dos hábitos alimentares da gestante, de suas preferências, do poder aquisitivo da família, orienta-se quanto à importância da alimentação balanceada no período gestacional e é fornecido cardápio adequado quanto a tipos de alimentos, quantidade e frequência. Para isso considera-se a utilização dos alimentos

- de fácil obtenção no meio. Desta forma realiza-se a promoção da saúde e prevenção de complicações materno-fetais;
- ensino e supervisão da gestante quanto aos cuidados básicos de higiene pré-natal, salientando-se higiene pessoal, do vestuário, atividade e repouso, divertimentos, atividades sexuais e higiene da habitação;
 - orientação quanto à vacinação anti-tetânica, necessidade da mesma, número de doses, importância dos retornos;
 - agendamento para a aplicação de Anatox Tetânico;
 - orientação quanto à identificação dos sinais e sintomas de trabalho de parto, conduta no parto e puerpério, em especial referência à revisão puerperal e planejamento familiar;
 - orientação quanto à utilização dos recursos da Comunidade;
 - informação quanto à assistência prestada ao recém-nascido, no Serviço de Puericultura do HCPA, motivando a paciente a realizar o registro precocemente;
 - motivação e inscrição das pacientes para participação em atividades de grupo.

Para ADAMI² uma das ações mais significativas prestadas pela enfermagem é a Consulta de Enfermagem. Considera ADAMI² que a consulta de enfermagem "compreende um conjunto de ações prestadas pela enfermeira a pessoas sadias, de forma sistemática e completa, especificamente relacionadas com o controle da gestante de baixo risco e do crescimento e desenvolvimento da criança sadia."

NOGUEIRA⁵¹ apresenta modelos de esquemas figurados de atendimento de clientes em unidades sanitárias que têm a finalidade de facilitar o trabalho do pessoal na execução das atividades programadas.

Atendimento em S. Materna

Legenda: E - encaminhamento ; M - matrícula ; CE - cons. de enf. ;
EL - exames de labor. ; CD - cons. dentária ; AE - atendim.
de enf. ; I - imunização ; CM - cons. médica

Este esquema de atendimento prevê portanto consulta de enfermagem no 1º ou 2º mês, ao 4º, 6º e 8º mês e consulta médica aos 3º, 5º , 7º, 9º e no puerpério. Pensamos que é o esquema ótimo de assistência no caso da gestante sadia. No caso da gestante em risco o esquema seria alterado de acordo com as necessidades.

A propósito da orientação de Enfermagem às Gestantes do pré-natal da Clínica Obstétrica da UFMG, MOURA⁴⁷ diz-nos:

"Para a elaboração de um programa que atendesse às necessidades do grupo foi aplicado um questionário, no período introdutório do curso visando identificar os problemas de saúde das gestantes. O questionário limitava-se a indagar sobre quais assuntos que no entender das gestantes deveriam ser abordados no curso. Pelas respostas dadas chegamos à indicação dos assuntos como se resume a seguir:

<u>Assuntos</u>	<u>Solicitantes</u>
1. Como cuidar da criança	139
2. Curativo umbilical	129
3. Saúde (generalidades)	75
4. Sobre o parto	109
5. " a gestante	82
6. " a família	57
7. Educação dos filhos	49
8. Alimentação da criança	48
9. " " gestante	22
10. Sobre todos os assuntos possíveis	116

E, finalizando, acrescentamos a opinião de HARRIS²⁴ sobre a educação de gestantes:

"Childbirth education has seemed to me to be an endeavor worthy of the best professional efforts. Pregnancy is short, and the birth experience takes only hours, but interns of the long-term effects and the personal meaning of these experiences, the reverberations continue for years. It is at this time that specific input is most effective and the family system is open to and receptive of information, the learning of new skills, and the exploration of new and more effective methods of communicating and interacting. For those of us who want to make a difference in the quality of life, this is an excellent way..."

3.5. A economia sanitária

Segundo a OMS⁵⁴:

"L'économie appliquée au domaine de la santé ou "économie sanitaire", comme on appelle aujourd'hui, vise notamment à quantifier dans le temps les ressources utilisées pour la distribution, l'organisation et le financement des services de santé, l'efficacité avec laquelle ces ressources sont réparties et exploitées aux fins de la santé et les effets sur la productivité individuelle et nationale, des services de san

té préventifs, curatifs et de réadaptation.,,

Como exemplo de limitação dos custos dos serviços de saúde a OMS⁵⁴ aponta:

"Une manière de limiter les coûts est de s'assurer que le degré de technicité des moyens mis en oeuvre est en rapport avec la tâche à exécuter. Dans le cas du personnel, des gens hautement qualifiés, comme les médecins, ne doivent pas être employés à des tâches qui pourraient être assumées par un personnel ayant reçu une formation moins poussée: c'est ainsi que les vaccinations peuvent être confiées à des auxiliaires.,,

Do Laboratório de Economia e Gestão das Organizações de Saúde LEVY³⁹ emitem-se as seguintes opiniões:

"En effet, la Science Economique peut être utilisée soit comme élément de l'analyse des faits sociaux, soit comme ensemble de principes de gestion. Et c'est à ce double titre que le développement préalable des études et enquêtes épidémiologiques lui est indispensable.

Lorsque l'économiste se comporte comme analyste d'une réalité sociale, il cherche à découvrir les lois et processus qui régissent l'activité humaine et notamment l'utilisation des ressources pour l'obtention de certains résultats.

Ainsi, dans le domaine de la Santé, se préoccupera-t-il d'étudier les différentes formes d'organisations (cabinets, hôpitaux, laboratoires...), dans lesquelles se produisent les soins ou les biens médicaux, d'y mesurer les différents "inputs" (personnels, produits consommables, équipements...) qui s'y combinent sous l'influence du progrès technique et de les évaluer en termes de coûts. Mais, pour mettre en relief les règles qui gouvernent, dans une société donnée, l'allocation d'une partie des ressources nationales à l'appareil de soins et, au sein de ce dernier, à chacune de ses composantes, autrement dit, pour définir le type de "rationalité" à laquelle obéit cette société, encore faut-il pouvoir définir les résultats des actions de santé, et vérifier leur

degré de correspondance aux "besoins" de la population. Or, comment définir - avant de les mesurer - besoins et résultats? |...| Dans ces conditions, seules les enquêtes épidémiologiques, soit de nature générale, soit de caractère spécifique à une affection déterminée ou à un type de traitement, peuvent apporter des réponses - fussent-elles partielles - à ces questions.

Il en est, à fortiori, de même lorsque l'économiste effectue des études d'aide à la décision, et utilise les différentes variantes de l'analyse coût-efficacité ou coût-avantage."

E mais adiante LEVY³⁹ afirma:

"Ainsi portera-t-on une attention toute particulière aux différentes manifestations et conséquences de la maladie: les différents handicaps ou gênes d'ordre personnel, les incidences sur la vie familiale, les différents degrés d'incapacité et restrictions de l'autonomie, les arrêts scolaires ou l'absentéisme au travail... important plus à l'économiste que la mention, si précise soit-elle, d'un diagnostic. Et chaque fois que l'épidémiologiste pourra en donner la mesure, on saisira mieux le fardeau que représente la maladie pour l'individu et la société, et le type de "gain" que l'on peut espérer de son recul.

C'est en comprenant mieux ce que chacun peut apporter à l'autre et obtenir de lui, qu'économiste et épidémiologiste contribueront, par un développement complémentaire de leurs recherches et à fécondation réciproque de leurs disciplines, à l'amélioration des Politiques de Santé et donc à la promotion de l'Intérêt collectif."

Em Portugal ainda mal se pensou, segundo acreditamos, em limitar os custos nas actividades de saúde e o enfermeiro capacitado diz sentir-se na maior parte dos casos impotente nas instituições, para provar aquilo que sabe e aquilo para que está preparado. Por outro lado, não esqueçamos quanto é difícil vencer a resistência à mudança, sobretudo quando esta nos traz maior responsabilidade.

Mas do ponto de vista econômico* temos de pensar nos custos diretos que incluem tempo gasto pelos profissionais na execução das atividades ou seja a mão de obra, material aplicado e parcelas de depreciação do material e nos custos indiretos que significam a renda de casa, consumos de água, luz, telefone e secretaria. Portanto, o que interfere fundamentalmente no custo da atividade é o custo do médico/hora ou o custo da enfermeira/hora, pois o material que se utiliza na consulta é sensivelmente o mesmo.

Ora a enfermeira de Saúde Pública ganha em média 108\$33/hora (visto que por mês ganha 15.600 : 4 semanas = 3.900 : 36 horas = 108\$33) e o médico de Saúde Pública que trabalha em Centro de Saúde ou em Hospitais Concelhios a trabalhar em regime de tempo parcial ganha consoante as horas que trabalhar, em média 159\$15. Por isso, como há enfermeiras de Saúde Pública com preparação em Processo de Enfermagem e que têm praticado em cursos de Aperfeiçoamento em Enfermagem de Saúde Pública e em Cursos de Especialização e Atualização, que podem estar à altura de fazer as consultas de enfermagem à gestante sadia, se estas fossem postas em prática poupava-se por hora 50\$82.

Ao pensarmos em termos de país do ponto de vista económico e em termos de profissão, do ponto de vista de prestígio pelo desempenho de mais essa atividade só nos falta conhecer o que se passa em termos de benefício para a população - neste caso as gestantes em relação à aplicação do processo de enfermagem.

* Apontamentos das aulas do Engenheiro Lucena em Administração, tirados por Maria Alcina Fernandes em 1980.

4. HIPÓTESES

- A APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PERMITE ENCONTRAR UM MAIOR NÚMERO DE PROBLEMAS DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM DO QUE OS REGISTRADOS NA FICHA DA CLIENTE.
- A APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PERMITE IDENTIFICAR UM MAIOR NÚMERO DE NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS DO QUE AS ENCONTRADAS ATRAVÉS DAS FICHAS.

5. METODOLOGIA

Neste trabalho apresentam-se quatro (4) amostras populacionais, probabilísticas e sistemáticas, resultantes de experiências realizadas no campo da saúde materna no norte, centro e sul de Portugal em centros de saúde. Propositadamente não identificaremos os locais onde foram feitas as experiências, dado os problemas postos habitualmente pelos respectivos Serviços de Saúde. Por isso, identificá-los-emos por amostra A, B, C e D.

Amostra A. Foi extraída da população de gestantes inscritas no Centro de Saúde A. Trata-se de uma amostra de $n=32$, que representa 50% do total de gestantes inscritas.

Amostra B. Foi extraída da população de gestantes inscritas no Centro de Saúde B. Trata-se de uma amostra de $n=27$, que representa 50% do total de gestantes inscritas.

Amostra C. Foi extraída da população de gestantes inscritas no Centro de Saúde C. Trata-se de uma amostra de $n=30$, que representa 50% do total de gestantes inscritas.

Amostra D. Foi extraída da população de gestantes inscritas no Centro de Saúde D. Trata-se de uma amostra de $n=30$, que representa 50% do total de gestantes inscritas.

Os métodos que empregamos na técnica de observação das gestan-

tes na sala de consulta foram:

- entrevista;
- inspeção;
- palpação;
- verificação dos sinais vitais, peso e altura.

Utilizamos o seguinte material:

- termômetro clínico;
- esfigmomanômetro;
- estetoscópio;
- relógio com ponteiro de segundos;
- garrote;
- espátula de madeira;
- bolas de algodão;
- balança;
- craveira;
- catre.

Houve todo o cuidado de preparação mental da gestante e do ambiente para que as técnicas de observação resultassem.

A coleta de dados foi feita em cada local durante dez dias úteis o que perfaz cerca de duzentas e quarenta horas de trabalho nos centros de saúde.

As gestantes acabavam de sair da consulta médica e atendimento de enfermagem antes e após a consulta. Era variável o número de vezes que cada gestante tinha ido ao Centro de Saúde. A frequência ao Centro de Saúde estava dependente da data em que o tinham procurado e do mês de gestação em que se encontravam.

Os instrumentos de coleta de informações que foram utilizados foram a ficha da cliente que se encontra em anexo 2, donde retirávamos, os dados que necessitávamos, aproveitando ao máximo os dados registrados (que seriam confirmados na entrevista) e muito especificamente os problemas (de saúde e de enfermagem) e necessidades básicas afetadas re

gistradas, e um guia para entrevista que se encontra em anexo 1 - e que não é mais do que um pequeno histórico de enfermagem simplificado e adaptado de Wanda Horta.

Propositadamente selecionámos um histórico pequeno para saber se resultava em saúde materna a sua aplicação. Isto porque da nossa experiência as enfermeiras quando se lhes apresenta um histórico muito grande ou um formulário ficam muito assustadas e admitem logo à partida, que é difícil de aplicar sobretudo com o tempo escasso em que é possível dispor nos Centros de Saúde para a sua aplicação. Este histórico ou guia de entrevista tem o inconveniente enorme das perguntas abertas que depois foram difíceis de tabular, mas quisémos arriscar para saber se mesmo assim era possível este trabalho. No entanto no pré-teste resultou inteiramente.

A programação de recolha de dados foi feita de acordo com a nossa disponibilidade, aproveitando muito especialmente as épocas de estágio de alunos do Curso de Aperfeiçoamento em Enfermagem de Saúde Pública.

6. PREVISÃO DO TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico foi manual utilizando:

- distribuição de frequências relativas e absolutas;
- medidas de tendência central: média e moda;
- medidas de dispersão: desvio padrão e amplitude de variação;
- associação de variáveis qualitativas - teste de qui-quadrado (χ^2), fixando α ao nível de significância de 5%;
- coeficiente de Yule;
- amostras emparelhadas, fixando α ao nível de significância de 5%.

Segundo GALVÃO DE MELO²¹ partimos do princípio de que:

"Qualquer que seja a distribuição de x , para $n > 30$, $\bar{x}$ é aproximadamente normal $(\mu, \sigma^2/n)$. A aproximação é tanto melhor quanto maior for n ". Por isso, consideramos $\bar{d}$ como valor observado de uma variável com uma distribuição aproximadamente normal.

7. RESULTADOS OBTIDOS E DISCUS

Os dados que apresentamos em seguida, são sempre referentes a trabalho de pesquisa efetuado em quatro centros de saúde, designados por amostras A, B, C e D. Por isso, omitem-se as fontes das tabelas por serem sempre as mesmas:

Em primeiro lugar faremos uma descrição da população de acordo com algumas das suas características: grupo etário, grau de instrução, ocupação, local de residência, cor da pele, estado civil, religião, primeiro contato com o centro de saúde na gestação em curso e paridade. Em seguida, tentamos uma análise comparativa amostra por amostra entre:

- os problemas registrados nas fichas de cada gestante e os problemas identificados por uma consulta de enfermagem;
- as necessidades humanas básicas afetadas registradas nas fichas e as identificadas por uma consulta de enfermagem;
- as ações resultantes do plano assistencial registradas nas fichas e as identificadas por uma consulta de enfermagem.

7.1. Grupo etário

Amostra A

Nesta amostra de $n=32$, encontramos 50% da população no grupo etário de 25-29 anos, enquanto no grupo etário 15-19 e 30-34 verificamos encontrar-se em cada um 18,8% da população. Os valores mais baixos 6,2% encontram-se no grupo 20-24 anos e 40-44.

A média é de 26,68 anos com um desvio padrão igual a 6,24 anos no entanto a amplitude de variação das idades é de 29 anos.

Amostra B

Este grupo com $n=27$ é mais homogêneo em termos de idades, visto que estas gestantes se distribuem apenas pelos grupos 20-24 com 77,8% 25-29 e 30-34 com 11,1% cada um.

A média é de 23,66 anos com um desvio padrão de 3,33 anos, e a amplitude de variação é de 14 anos.

Amostra C

Nesta amostra com n=30, verificamos a maior heterogeneidade de idades. Nos grupos etários 20-24 e 25-29 encontramos 53,3% da população, seguindo-se os grupos etários 30-34 e 15-19 com 20% e 13,3% respectivamente.

A média é de 26,66 anos, com um desvio padrão de 6,96 anos. A moda situa-se no grupo etário 20-24 anos e a amplitude de variação é de 29 anos, tal como na amostra A.

Amostra D

Nesta amostra com n=30, verificamos que a média das idades das gestantes é de 24,5 anos e a moda está na classe 20-24 anos onde encontramos 40% da população. A amplitude de variação é de 25 anos, sendo o desvio padrão igual a 5,73 anos.

Tabela 7 - Distribuição das gestantes das quatro amostras por grupos etários.

Grupo etário \ Amostra	A		B		C		D	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
15 - 19	6	18,8	-	0,0	4	13,3	5	16,7
20 - 24	2	6,2	21	77,8	10	33,3	12	40,0
25 - 29	16	50,0	3	11,1	6	20,0	9	30,0
30 - 34	6	18,8	3	11,1	6	20,0	2	6,7
35 - 39	-	0,0	-	0,0	2	6,7	1	3,3
40 - 44	2	6,2	-	0,0	2	6,7	1	3,3
TOTAL	32	100,0	27	100,0	30	100,0	30	100,0

$\bar{x}$ =26,68 a. $\bar{x}$ =23,66 a. $\bar{x}$ =26,66 a. $\bar{x}$ =24,5 anos

s=6,24 a. s=3,33 a. s=6,96 a. s=5,73 anos

Mo=25-29 a. Mo=20-24 a. Mo=20-24 a. Mo=20-24 anos

Av=29 a. Av=14 a. Av=29 a. Av=25 anos

7.2. Grau de instrução e ocupação

Pela análise da tabela 8, verificamos na amostra A que o grau de instrução varia entre ser analfabeta (6,2%) e ter o segundo ciclo dos liceus. A moda é ter a instrução primária pois a maior parte da população, 68,8% já a possuem e 18,8% têm-na incompleta.

Quanto à ocupação observamos que 44% são domésticas não desejando ter outro tipo de ocupação e 6,2% são domésticas e desejam outra ocupação. Por isso são consideradas desempregadas. As ocupações principais além da deserdoméstica são as ligadas a atividades de costura (cerca de 25%) e empregadas de limpeza (18,6%).

Na amostra B todas as gestantes possuem instrução que varia entre ter instrução primária ou seja a 4ª classe (66,7%) e o 3º ciclo dos liceus (11,1%).

Quanto à ocupação, as domésticas são 22,3% e as empregadas em profissões ligadas à costura são da ordem de 33,4%.

Outras profissões também se encontram com o percentual mais baixo, 11,1%, tais como, comerciante, escriturária e servente. Neste grupo encontramos também três estudantes do 2º ciclo dos liceus.

Tabela 8. Distribuição das gestantes da amostra A segundo o grau de instrução e ocupação.

Grau de instrução \ Ocupação	Analfabeta		Instrução Primária incompleta		Instrução Primária		2ºCiclo		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Doméstica	-	-	4	12,6	8	25,2	2	6,2	14	44,0
Empregada de limpeza	2	6,2	2	6,2	2	6,2	-	-	6	18,6
Empregada de confeções	-	-	-	-	4	12,6	-	-	4	12,6
Costureira	-	-	-	-	2	6,2	-	-	2	6,2
Empregada de costura	-	-	-	-	2	6,2	-	-	2	6,2
Vendedeira de peixe	-	-	-	-	2	6,2	-	-	2	6,2
Desempregada	-	-	-	-	2	6,2	-	-	2	6,2
TOTAL	2	6,2	6	18,8	22	68,8	2	6,2	32	100,0

Tabela 9. Distribuição das gestantes da amostra B segundo grau de instrução e ocupação.

Grau de Instrução \ Ocupação	4ª classe		Ciclo Preparat.		2ºciclo		3ºciclo		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Doméstica	6	22,3	-	-	-	-	-	-	6	22,3
Empregada de confeções	3	11,1	3	11,1	-	-	-	-	6	22,3
Costureira	3	11,1	-	-	-	-	-	-	3	11,1
Comerciante	3	11,1	-	-	-	-	-	-	3	11,1
Escriturária	-	-	-	-	-	-	3	11,1	3	11,1
Estudante	-	-	-	-	3	11,1	-	-	3	11,1
Servente	3	11,1	-	-	-	-	-	-	3	11,1
TOTAL	18	66,7	3	11,1	3	11,1	3	11,1	27	100,0

Na amostra C, verificamos que existem 23,4% de gestantes analfabetas, e o maior percentual de instrução situa-se ao nível de instrução primária (56,5%). Com o ciclo preparatório, 2º ciclo e 3º ciclo dos liceus, encontramos o percentual de 6,7% em cada um. Quanto à ocupação 80% são domésticas, 13,3% empregadas de limpeza e 6,7% trabalhadoras rurais

Tabela 10. Distribuição das gestantes da amostra C segundo grau de instrução e ocupação.

Grau de instrução Ocupação	Analfa- beta		Instr. Primária		Ciclo pre- paratório		2º ciclo		3º ciclo		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
. Doméstica	2	6,7	16	53,2	2	6,7	2	6,7	2	6,7	24	80,0
. Empregada de limpeza	3	10,0	1	3,3	-	0,0	-	0,0	-	0,0	4	13,3
. Trabalhadora rural	2	6,7	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	2	6,7
Total	7	23,4	17	56,5	2	6,7	2	6,7	2	6,7	30	100,0

Na amostra D, encontramos 40% das gestantes domésticas (o que corresponde à moda) e 30% de gestantes desempregadas. Como empregadas de limpeza e serventes de armazém verificamos que existem cerca de 20% e com menor percentual encontramos as empregadas fabris (6,6%) e empregada comercial, 3,3%. Nos 40% de domésticas encontramos diferentes escolaridades, sendo de ressaltar a instrução primária, ou seja, a 4ª classe em 30%. Nas desempregadas encontramos principalmente mulheres analfabetas (16,7%), seguidas de outras preparações que vão desde a 2ª classe, ao ciclo complementar dos liceus e secretariado.

Tabela 11. Distribuição das gestantes da amostra D segundo o grau de instrução e ocupação.

Grau de instrução Ocupação	Analfabeta		2ª classe		Instrução Primária		Ciclo Preparatório		2º ciclo dos liceus		Ciclo complementar dos liceus secretariado		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
. Doméstica	1	3,3	1	3,3	9	30,0	-	0,0	1	3,4	-	0,0	12	40,0
. Empregada de limpeza	-	0,0	-	0,0	3	10,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	3	10,0
. Desempregada	5	16,7	1	3,4	1	3,3	-	0,0	1	3,3	1	3,3	9	30,0
. Empregada fabril	-	0,0	-	0,0	1	3,3	1	3,3	-	0,0	-	0,0	2	6,6
. Servente de armazém	-	0,0	-	0,0	-	0,0	2	6,7	-	0,0	1	3,4	3	10,1
. Empregada comercial	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	1	3,3	-	0,0	1	3,3
TOTAL	6	20,0	2	6,7	14	46,6	3	10,0	3	10,0	2	6,7	30	100,0

7.3. Local de residência

Na amostra A a população distribui-se na mesma proporção, 50% , pelas zonas urbana e sub-urbana.

Na amostra B, encontramos 66,7% residindo na zona urbana, 22,2% residindo na zona rural e 11,1% na zona sub-urbana.

Na amostra C, na zona rural residem 50% das gestantes enquanto, as restantes se distribuem equitativamente pela zona urbana e sub-urbana.

Na amostra D, a maior parte (93,3%) das gestantes vivem na zona urbana e apenas 6,7% na zona sub-urbana.

Tabela 12. Distribuição das gestantes pelas amostras A, B, C e D por local de residência.

Residência na zona	Amostra A		B		C		D	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Rural	-	0,0	6	22,2	14	50,0	-	0,0
Urbana	16	50,0	18	66,7	8	25,0	28	93,3
Sub-urbana	16	50,0	3	11,1	8	25,0	2	6,7
TOTAL	32	100,0	27	100,0	30	100,0	30	100,0

7.4. Cor da pele

A cor da pele das gestantes das amostras A e B é branca, enquanto na amostra C a cor da pele é para 73,3% das gestantes branca, para 20,1% mestiça e 6,6% negra.

Na amostra D, 66,7% têm a cor da pele branca e 33,3% mestiça.

As gestantes mestiças e negras que encontramos são oriundas de Angola e Cabo Verde e vieram para Portugal após a revolução de 25 de Abril. Residem habitualmente em zonas degradadas da cidade e têm enormes dificuldades de inserção no meio.

Tabela 13. Distribuição das gestantes das amostras A, B, C e D segundo a cor da pele.

Amostra Cor da pele	A		B		C		D	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Branca	32	100,0	27	100,0	22	73,3	20	66,7
Mestiça	-	0,0	-	0,0	6	20,1	10	33,3
Negra	-	0,0	-	0,0	2	6,6	-	0,0
TOTAL	32	100,0	27	100,0	30	100,0	30	100,0

7.5. Estado civil

O estado civil das gestantes das amostras A e B é 100% de casada, no entanto na amostra C encontramos 86,6% casadas, 6,7% juntas e 6,7% solteiras.

Na amostra D, apenas 53,3% são casadas e a percentagem de solteiras (26,7%) é superior à das juntas (20%). É de salientar que as solteiras correspondem ao grupo etário mais jovem.

Tabela 14. Distribuição das gestantes das amostras A, B, C e D segundo o estado civil.

Amostra Estado civil	A		B		C		D	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Casada	32	100,0	27	100,0	26	86,6	16	53,3
Junta	-	0,0	-	0,0	2	6,7	6	20,0
Solteira	-	0,0	-	0,0	2	6,7	8	26,7
TOTAL	32	100,0	27	100,0	30	100,0	30	100,0

7.6. Religião

Nas amostra A e B, as gestantes referiram ser católicas, enquanto na amostra C existem 73,3% católicas, 6,7% protestantes e 20% ateias.

Na amostra D, 80% referiram ser católicas (embora cerca de me-

tade tenha referido não ser praticante) e 20% referiram ser ateias.

Tabela 15. Distribuição das gestantes das amostras A, B, C e D segundo a religião.

Amostra \ Religião	A		B		C		D	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Católica	32	100,0	27	100,0	22	73,3	24	80,0
Protestante	-	0,0	-	0,0	2	6,7	-	0,0
Ateu	-	0,0	-	0,0	6	20,0	6	20,0
TOTAL	32	100,0	27	100,0	30	100,0	30	100,0

7.7. Primeiro contato das gestantes com o Centro de Saúde na gestação em curso

É da maior importância que este primeiro contato se realize o mais rapidamente possível para que a gestante seja assistida desde o início da gestação. Idealmente este primeiro contato deve ser feito ao 1º ou 2º mês.

Na amostra A, verificamos que 56,2% o fazem ao primeiro e segundo meses. Ao 3º mês fazem-no 18,75%, no segundo trimestre 18,75% e no terceiro trimestre 6,2%. É de salientar que são as gestantes mais jovens que o fazem primeiro, conforme se pode verificar pela tabela 16. As duas gestantes situadas no grupo etário 40-44 anos procuram o Centro de Saúde ao 6º e 8º meses. Salientavam estas gestantes que a principal razão porque o fazem é para conseguir mais facilmente do Centro de Saúde "os leites e as farinhas" que mais tarde vão precisar para o filho que vai nascer. Estas duas gestantes são multíparas e consideram ter grande experiência de ser seguidas na gestação. Referiram que "perdem muito tempo e não adianta".

Na amostra B, é de salientar que 77,7% procuravam o Centro de Saúde de ao 1º e 2º meses; ao 3º mês procuravam 3,7%. No segundo trimestre procuravam 14,8% e no 3º trimestre (ao 7º mês) procuravam 3,7%. Quanto às idades, as mais jovens foram as que procuraram primeiro (77,8%) seguindo-

-se as mais velhas em escala descendente.

Na amostra C, ao 1º e 2º meses procuraram o Centro de Saúde 50% das gestantes, continuando a verificar-se serem as mais jovens. Ao terceiro mês procuraram 16,6%, no 2º trimestre 30% e no 3º trimestre (ao 8º mês) 3,3%. As gestantes do grupo etário 40-44 anos só procuraram o Centro de Saúde ao 6º e 8º meses, tal como se pode verificar na tabela 18.

Na amostra D, ao primeiro e segundo meses procuraram o Centro de Saúde 40% das gestantes e destas apenas 6,7% eram do grupo etário de mais de 30 anos. Ao terceiro mês procuraram 23,3%, sendo 20% dos dois grupos etários mais jovens e 3,3% do grupo etário 40-44. Verificamos que a partir do quarto mês e até ao sétimo mês ainda há muitas jovens gestantes que procuraram o Centro de Saúde (cerca de 30%).

Nesta amostra não se verifica o fenómeno das amostras A, B e C em que às gestantes mais jovens correspondia a procura mais cedo do Centro de Saúde para atendimento na gestação.

Tabela 16. Primeiro contato das gestantes com o Centro de Saúde na gestação em curso, segundo o grupo etário na amostra A.

Grupo etário \ Mês	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	Total	
	nº									nº	%
15 - 19	3	3	-	-	-	-	-	-	-	6	18,8
20 - 24	1	1	-	-	-	-	-	-	-	2	6,2
25 - 29	-	10	6	-	-	-	-	-	-	16	50,0
30 - 34	-	-	-	3	1	1	1	-	-	6	18,8
35 - 39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40 - 44	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2	6,2
TOTAL	4	14	6	3	1	2	1	1	-	32	100,0

Tabela 17. Primeiro contato das gestantes com o Centro de Saúde na gestação em curso, segundo o grupo etário na amostra B.

Mês Grupo etário	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	Total	
										nº	%
20 - 24	5	16	-	-	-	-	-	-	-	21	77,8
25 - 29	-	-	1	1	1	-	-	-	-	3	11,1
30 - 34	-	-	-	-	2	-	1	-	-	3	11,1
TOTAL	5	16	1	1	3	-	1	-	-	27	100,0

Tabela 18. Primeiro contato das gestantes com o Centro de Saúde na gestação em curso, segundo o grupo etário na amostra C.

Mês Grupo etário	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	Total	
										nº	%
15 - 19	1	3	-	-	-	-	-	-	-	4	13,3
20 - 24	2	6	2	-	-	-	-	-	-	10	33,3
25 - 29	-	3	2	1	-	-	-	-	-	6	20,0
30 - 34	-	-	1	4	1	-	-	-	-	6	20,0
35 - 39	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2	6,7
40 - 44	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2	6,7
TOTAL	3	12	5	6	2	1	-	1	-	30	100,0

Tabela 19. Primeiro contato das gestantes com o Centro de Saúde na gestação em curso, segundo o grupo etário na amostra D.

Mês Grupo etário	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	Total	
								nº	%
15 - 19	-	1	2	1	1	-	-	5	16,7
20 - 24	1	4	4	1	-	1	1	12	40,0
25 - 29	2	3	-	2	1	-	1	9	30,0
30 - 34	-	2	-	-	-	-	-	2	6,7
35 - 39	-	-	-	1	-	-	-	1	3,3
40 - 44	-	-	1	-	-	-	-	1	3,3

Ao descrevermos esta variável - primeiro contato das gestantes com o Centro de Saúde na gestação em curso, segundo o grupo etário, verificamos, como atrás foi referido, que as mais jovens aparecem mais cedo no Centro de Saúde para vigilância da sua gravidez. Pelo contrário, as mais velhas não ocorrem tão prontamente logo que pensam que estão grávidas. Provavelmente isto deve-se a vários fatores tais como: experiências anteriores noutras gravidezes, não conhecer os objetivos do Centro de Saúde, não conhecer o valor da vigilância pré-natal e outros.

Pelo exposto nas tabelas 16, 17, 18 e 19 observamos que as mães mais jovens procuram o Centro de Saúde mais cedo que as mais velhas. Por isso pensamos saber se estatisticamente é significativa a nossa observação.

Tabela 20. Procura do Centro de Saúde para seguimento de gestação aos 1º, 2º ou 3º meses ou dos 4 aos 8 meses, segundo grupos etários.

Procura o C.S. Grupo etário	1º, 2º ou 3º mês	Dos 4 aos 8 meses	TOTAL
15 - 29	82 (a)	12 (c)	94
30 - 44	4 (b)	21 (d)	25
TOTAL	86	33	119

H_0 : há independência se X^2 for < que 3,84

U_1 : há associação se X^2 for $\geq$ que 3,84

$\alpha = 5\%$

$$X^2_c = 3,84$$

$$X^2 = N \left[\frac{a^2}{(a+c) \times (a+b)} + \frac{b^2}{(b+d) \times (a+b)} + \frac{c^2}{(a+c) \times (c+d)} + \frac{d^2}{(b+d) \times (d+c)} - 1 \right]$$

= 49,93, logo existe associação e aceitamos H_1 .

Para medir o sinal e o grau de associação utilizamos o coeficiente de Yule:

$$y = \frac{ad - bc}{ad + bc} = + 0,945$$

Perante este resultado, segundo DAVIS¹⁴, trata-se de uma associação positiva muito forte.

7.8. Paridade

Na amostra A, a média atual de filhos por mulher é de 1,68. Existem 21,87% que ainda não têm filhos, 46,8% com um filho, 9,3% com dois (2) e três (3) filhos. A paridade quatro (4) é atribuída a uma mulher. Com mais de seis (6) filhos temos duas gestantes e uma com oito. Quanto à distribuição das idades destas gestantes é importante salientar que 50% se encontram no grupo etário 25-29 e 6,2% no grupo etário 20-24 anos. Menores de vinte anos encontramos ainda 18,8% e acima dos trinta anos: 18,8% no grupo etário 30-34 e 6,2% no grupo etário 40-44.

Na amostra B, a média atual de filhos por mulher é de 1,18. Existem 40,7% que ainda não têm filhos, 22,2% com um filho e 11,1% com dois. A paridade três (3) é atribuída a quatro mulheres e a paridade quatro (4) a duas. É da maior importância referir que 88,9% estão nos grupos etários 20-24 e 25-29 anos e só 11,1% ultrapassam os trinta anos.

Na amostra C, a média atual de filhos por gestante é de 2,2. Existem 40% de gestantes com paridade zero (0). No entanto, com 13,3% temos as gestantes de paridade um, três e sete respetivamente. A paridade dez existe apenas em uma gestante. 53,3% das gestantes estão nos grupos etários 20-24 e 25-29, com menos de vinte anos encontramos 13,3% e com mais de trinta 33,7%.

Na amostra D, a média atual de filhos por gestante é de 1,2. Existem, no entanto, 33,3% com paridade zero (0). A maior parte dos filhos situa-se em torno da média, embora haja uma mulher com paridade três (3), uma com cinco (5) e outra com oito (8). Quanto à distribuição das idades das gestantes, 70% estão nos grupos etários 20-24 e 25-29, menores de vinte

te anos encontramos ainda 16,7% e maiores de trinta 13,3%.

Tabela 21. Paridade das gestantes da amostra A por grupos etários.

Paridade Grupo etário								Total	
	0	1	2	3	4	6	8	nº	%
15 - 19	4	1	1	-	-	-	-	6	18,8
20 - 24	1	-	1	-	-	-	-	2	6,2
25 - 29	2	12	1	1	-	-	-	16	50,0
30 - 34	-	2	-	2	1	1	-	6	18,8
35 - 39	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0
40 - 44	-	-	-	-	-	1	1	2	6,2
Total	7	15	3	3	1	2	1	32	100,0

$$\bar{x} \text{ atual de filhos/mulher} = \frac{54}{32} = 1,68$$

$$\bar{x} \text{ esperada de filhos/mulher} = \frac{54+32}{32} = 2,68$$

Tabela 22. Paridade das gestantes da amostra B por grupos etários.

Paridade Grupo etário						Total	
	0	1	2	3	4	nº	%
20 - 24	11	6	2	2	-	21	77,8
25 - 29	-	-	1	1	1	3	11,1
30 - 34	1	-	-	1	1	3	11,1
Total	11	6	3	4	2	27	100,0

$$\bar{x} \text{ atual de filhos/mulher} = \frac{32}{27} = 1,18$$

$$\bar{x} \text{ esperada de filhos/mulher} = \frac{32+27}{27} = 2,18$$

Tabela 23. Paridade das gestantes da amostra C por grupos etários.

Grupo etário \ Paridade								Total	
	0	1	2	3	4	7	10	nº	%
15 - 19	2	-	1	1	-	-	-	4	13,3
20 - 24	4	2	2	-	2	-	-	10	33,3
25 - 29	4	-	-	2	-	-	-	6	20,0
30 - 34	2	2	-	1	-	1	-	6	20,0
35 - 39	-	-	-	-	-	2	-	2	6,7
40 - 44	-	-	-	-	-	1	1	2	6,7
Total	12	4	3	4	2	4	1	30	100,0

$$\bar{x} \text{ atual de filhos/mulher} = \frac{68}{30} = 2,2$$

$$\bar{x} \text{ esperada de filhos/mulher} = \frac{68+30}{30} = 3,2$$

Tabela 24. Paridade das gestantes da amostra D por grupos etários.

Grupo etário \ Paridade										Total	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	nº	%
15 - 19	3	2	-	-	-	-	-	-	-	5	16,7
20 - 24	5	8	-	-	-	-	-	-	-	13	43,3
25 - 29	2	2	2	1	-	1	-	-	-	8	26,7
30 - 34	-	1	1	-	-	-	-	-	-	2	6,7
35 - 39	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	3,3
40 - 44	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	3,3
Total	10	14	3	1	-	1	-	-	1	30	100,0

$$\bar{x} \text{ atual de filhos/mulher} = \frac{36}{30} = 1,2$$

$$\bar{x} \text{ esperada de filhos/mulher} = \frac{36+30}{30} = 2,2$$

7.9. Problemas registrados nas fichas e problemas identificados por uma consulta de enfermagem na amostra A

Os problemas registrados nas fichas com a metodologia habitual são consideradas daqui em diante como PROBLEMAS F e os encontrados com a metodologia que defendemos - PROCESSO DE ENFERMAGEM - serão considerados PROBLEMAS P.

Analisemos amostra por amostra.

Na amostra A, encontramos nas trinta e duas gestantes, cento e vinte e um (121) problemas registrados, donde resulta uma média de 3,78 problemas por gestante. Com a aplicação do processo de enfermagem encontramos quatrocentos e dezassete (417) problemas, isto é ganhámos duzentos e noventa e seis (296). A média de problemas encontrada por cliente foi de 13,03.

Sobre os problemas registrados nas fichas foram encontrados no máximo oito (8) e no mínimo um (1). Sobre os problemas encontrados com a aplicação do processo de enfermagem foram encontrados no máximo vinte e três (23) e no mínimo três (3).

Tabela 25. Problemas encontrados através da aplicação do Processo de Enfermagem, registrados na ficha e sua diferença.

Problemas Gestantes	P	F	(P-F) d	d ²
1	14	4	10	100
2	23	4	19	361
3	15	3	12	144
4	20	6	14	196
5	4	2	2	4
6	14	8	6	36
7	11	3	8	64
8	14	2	12	144
9	16	6	10	100
10	7	2	5	25
11	18	2	16	256
12	10	5	5	25
13	16	5	11	121
14	21	6	15	225
15	12	3	9	81
16	15	4	11	121
17	8	2	6	36
18	10	4	6	36
19	14	6	8	64
20	15	5	10	100
21	3	1	2	4
22	16	3	13	169
23	9	3	6	36
24	17	5	12	144
25	10	5	5	25
26	12	2	10	100
27	7	4	3	9
28	9	1	8	64
29	11	3	8	64
30	18	4	14	196
31	15	4	11	121
32	13	4	9	81
Total	417	121	296	3252

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$\bar{x}_{P_1} = \frac{417}{32} = 13,03$$

$$\bar{x}_{F_1} = \frac{121}{32} = 3,78$$

$$\bar{d}_1 = \frac{296}{32} = 9,25$$

$$s^2_d = \frac{1}{n} \sum d^2 - \left(\frac{1}{n} \sum d \right)^2 = \frac{3252}{32} - \left(\frac{296}{32} \right)^2 = 16,0625$$

$$s_d = 4,0078$$

$$\lambda = \sqrt{n} \frac{\bar{d}}{s_d}$$

$$\lambda = \sqrt{32} \frac{9,25}{4,0078} = 13,0540$$

Conclusão

Rejeitamos a hipótese H_0 que diz não haver diferença significativa ao nível de significância de 5%, entre os valores médios encontrados e aceitamos a primeira hipótese formulada no capítulo 4 deste trabalho, visto que

$$13,0540 > 1,96$$

Pela tabela 26, podemos verificar que quanto a problemas relacionados com habitação e ambiente havia registrados cinco (5) problemas. Podemos constatar que dos quarenta e seis (46) problemas encontrados mais salientes qualitativamente são ambiente poluído por lixeiras e vetores dezasseis (16), habitação pequena para a família dez (10), coabitação sete (7) e habitação tipo barraca seis (6).

Tabela 26. Problemas relacionados com habitação e ambiente.

Problemas	Frequencia	
	P	F
. Ambiente poluído por lixeiras e vetores	16	-
. Coabitação	7	-
. Esgoto aberto junto à casa	3	-
. Habitação pequena para a família	10	1
. Habitação com água de poço	2	-
. Habitação sem luz elétrica	2	-
. Habitação tipo barraca	6	4
TOTAL	46	5

Na tabela 27, encontramos os problemas relacionados com a limpeza corporal. Neste caso, nada havia registrado. Encontramos aqui oitenta e cinco (85) problemas divididos em duas condições: a limpeza má e regular. A moda dos problemas está situada na falta de limpeza da cavidade bucal vinte e dois (22), seguida da limpeza do cabelo e couro cabeludo dezoito (18), das unhas dezassete (17) e da pele em geral catorze (14).

Tabela 27. Problemas relacionados com a limpeza corporal.

Local	Limpeza Má		Regular		TOTAL	
Método	P	F	P	F	P	F
. axilas	6	-	-	-	6	-
. cabelo e couro cabeludo	11	-	7	-	18	-
. cavidade bucal (película dentária)	20	-	2	-	22	-
. pele em geral	10	-	4	-	14	-
. umbigo	4	-	4	-	8	-
. unhas	11	-	6	-	17	-
TOTAL	62	-	23	-	85	-

Na tabela 28 encontramos os problemas relacionados com o revestimento cutaneo-mucoso. Neste caso, havia registrados três (3) problemas de escabiose e um de petêquias. Com a nossa intervenção encontrâmos como mais saliente o problema descamação do couro cabeludo oito (8) e a seguir pele oleosa quatro (4).

Tabela 28. Problemas relacionados com o revestimento cutaneo mucoso.

Problemas	Frequencia	
	P	F
. acne (na face)	2	-
. descamação do couro cabeludo	8	-
. equimoses	2	-
. escabiose	3	3
. escamações várias	1	-
. pele oleosa	4	-
. petêquias	1	1
TOTAL	21	4

Quanto aos problemas dos órgãos dos sentidos encontrâmos oito (8) e apenas um registrado e referente a hipoacúsia à esquerda. Do ponto de vista quantitativo encontrâmos quatro problemas de diminuição de acuidade visual e três de hipoacúsia.

Tabela 29. Problemas relacionados com os órgãos dos sentidos.

Problemas	Frequencia	
	P	F
. diminuição da acuidade olfativa	1	-
. diminuição da acuidade visual	4	-
. hipoacúsia à esquerda	2	1
. hipoacúsia à direita	1	-
TOTAL	8	1

Na tabela 30, encontramos os problemas relacionados com os aparelhos cardio-respiratório, digestivo e genito-urinário.

Quanto ao aparelho cardio-respiratório, os problemas encontrados mais salientes foram: as varizes nos membros inferiores doze (12), hemorroidas três (3), tosse produtiva três (3). Estes problemas encontrados totalizaram vinte e seis (26); nas fichas havia registrados catorze (14).

Quanto ao aparelho digestivo encontramos noventa e um (91) problemas enquanto havia registrados vinte e nove (29). Os problemas mais salientes encontrados são a cárie dentária trinta (30) (presente em 93,75% desta população) gengivites onze (11), alterações do apetite (aumentado) dez (10), pirose dez (10) e obstipação oito (8).

No aparelho genito-urinário encontramos vinte e dois (22) problemas, havendo registrados catorze (14). O principal é o corrimento vaginal com prurido que incomoda dezasseis (16) e a dispaurenia três (3).

bre planejamento familiar dez (10) e o fato de não ter sido seguido na gravidez desde pelo menos o 3º mês dez (10). Outros problemas relevantes encontrados estão ligados a erros alimentares oito (8), idade superior a 30 anos (estando gestante) oito (8) e sentir problema por ser primípara sete (7).

Sobre os problemas registrados nas fichas é de salientar que estão todos os referentes a não ter sido seguida na gestação pelo menos a partir do 3º mês dez (10), ser primípara sete (7), idade menor do que vinte anos seis (6), idade superior a 30 anos oito (8), gravidez não desejada cinco (5), abortamentos anteriores dois (2) e incompatibilidade Rh um (1).

Tabela 31. Problemas físicos e mentais relacionados com a gestação.

Problemas	Frequencia	
	P	F
. Desajuste sexual	1	-
. Erro alimentar	8	-
. Não ter sido seguido na gravidez desde pelo menos o 3º mês	10	10
. Primípara	7	7
. Multípara com mais de seis gestações	3	3
. Idade menor do que vinte anos	6	6
. Idade superior a 30 anos	8	8
. Gravidez não desejada (economia)		
- pelo casal	5	5
- pelo marido	6	-
- pela mulher	2	-
. Medo do parto	2	-
. Desconhecimento sobre anatomia e fisiologia do aparelho genital feminino e masculino	20	-
. Desconhecimento sobre parto e puerpério	4	-
. Desconhecimento sobre planejamento familiar	10	-
. Ansiedade em relação à gravidez	2	-
. Incompatibilidade Rh (♀+; ♂-)	1	1
. Abortamentos espontaneos anteriores	2	2
TOTAL	97	42

Na tabela 32, encontramos os problemas relacionados com as queixas das gestantes. Dos 21 problemas encontrados encontrados havia 12 registrados. As queixas mais salientes são as dores lombares e abdominais sete (7) e cefaleias quatro (4).

Tabela 32. Problemas relacionados com queixas das gestantes.

Problemas	Frequencia	
	P	F
. Astenia	1	1
. Dores - cefaleias	4	4
- abdominais	7	4
- lombares	7	2
. Falta de recreação	1	-
. Tonturas	1	1
TOTAL	21	12

Na tabela 33 encontramos em ordenação decrescente os problemas por grupos. Em primeiro lugar encontramos os problemas relacionados com a gestação que são 23,3% do total, em segundo lugar os problemas do aparelho digestivo com 21,8%, em terceiro lugar os problemas de limpeza corporal e em quarto lugar os ligados a habitação e ambiente. Os problemas registrados nas fichas foram 29% dos problemas encontrados, sendo de salientar que em primeiro lugar se encontra o percentual de 10,1% que se refere a problemas relacionados com a gestação em curso e em segundo lugar com 7% os problemas relacionados com o aparelho digestivo.

Tabela 33. Ordenação decrescente dos problemas por grupos.

Grupos de problemas	P		F	
	nº	%	nº	%
1º. Relacionados com a gestação	97	23,3	42	10,1
2º. Aparelho digestivo	91	21,8	29	7,0
3º. Limpeza corporal	85	20,4	-	0,0
4º. Habitação e ambiente	46	11,0	5	1,2
5º. Aparelho cardio-respiratório	26	6,2	14	3,3
6º. Aparelho genito-urinário	22	5,3	14	3,3
7º. Revestimento cutaneo-mucoso	21	5,0	4	1,0
8º. Queixas das gestantes	21	5,0	12	2,9
9º. Órgãos dos sentidos	8	2,0	1	0,2
TOTAL	417	100,0	121	29,0

Pelos dados atrás expostos, concluímos que a aplicação do processo de enfermagem permite identificar um maior número de problemas de saúde e de enfermagem, quatrocentos e dezassete (417), do que os habituais registros nas fichas. Desta forma, aceitamos a primeira hipótese formulada no capítulo 4.

7.9.1. Necessidades humanas básicas afetadas

Estas foram afetadas em consequência da problemática apresentada de diferente forma. Assim, as psico-biológicas foram afetadas trezentas e setenta e nove vezes (379), tal como se pode ver na tabela 34 que se segue.

Ao analisarmos as psico-biológicas, a mais afetada foi a Integridade física - cento e quarenta e seis vezes (146), seguida da higiene corporal - oitenta e cinco vezes (85), da integridade cutaneo-mucosa, trinta e quatro vezes (34), abrigo - vinte e sete vezes (27), regulação vascular e ambiente - dezanove vezes (19) cada uma. Outras necessidades que também foram afetadas, embora menos vezes foram: oxigenação, elimi-

Tabela 34. Necessidades humanas básicas afetadas.

Necessidades humanas básicas afetadas	Frequencia	
	P	F
Psico-biológicas:		
- Oxigenação	1	-
- Higiene corporal	85	-
- Eliminação	11	-
- Nutrição	8	-
- Sexualidade	1	-
- Abrigo	27	10
- Integridade cutaneo-mucoso	34	-
- Integridade física	146	-
- Regulação eletrolítica	6	-
- Regulação vascular	19	-
- Percepção olfativa	1	-
- Percepção visual	4	-
- Percepção auditiva	3	-
- Ambiente	19	-
- Terapêutica	14	-
Total	379	10
Psico-sociais:		
- Segurança econômica	15	-
- Amor	4	-
- Liberdade	7	-
- Comunicação	3	-
- Educação para a saúde	284	-
- Recreação	1	-
- Espaço	7	-
- Auto-imagem	2	-
Total	323	-

nação, nutrição, sexualidade, regulação eletrolítica, percepção olfativa visual e auditiva, e terapêutica.

Dentre as psico-sociais a mais afetada foi a educação para a saúde ou aprendizagem - duzentas e oitenta e quatro vezes (284), seguida da segurança econômica - 15 vezes, espaço e liberdade - sete vezes (7) cada uma. Outras necessidades que também foram afetadas dentro deste grupo foram o amor, comunicação, recreação e auto-imagem.

Quanto às Necessidades humanas básicas registradas nas fichas havia apenas dez (10) registros referentes a abrigo.

No total identificamos-las seiscentas e noventa e quatro vezes (694):

- trezentas e setenta e uma (371) necessidades psico-biológicas;
- trezentas e vinte e três (323) necessidades psico-sociais.

Em anexo 3, podemos verificar o quadro resumo referente às necessidades básicas que foram afetadas em função do grupo de problemas a que dizem respeito.

Desta forma somos levados a concluir que a aplicação do Processo de Enfermagem permite identificar um maior número de Necessidades humanas básicas afetadas do que os habituais registros na ficha. Por isso aceitamos a segunda hipótese formulada no capítulo 4.

7.9.2. Ações resultantes do plano assistencial

Após a identificação dos problemas e das necessidades básicas afetadas e determinado o grau de dependência (este não é objeto do nosso trabalho) passamos em Processo de Enfermagem para o chamado Plano Assistencial de que atrás falamos. Desse plano constarão ações a desenvolver a curto, médio e longo prazo.

As ações esperadas serão ajuda, orientação ou educação para a saúde, supervisões e encaminhamento. Embora a educação para a saúde esteja sempre presente nas outras ações (ajuda, supervisão e encaminhamento) ela pode encontrar-se também isoladamente. Por isso, nas ações resultantes da

aplicação do processo de enfermagem na amostra A, encontramos como ação mais necessária a educação para a saúde ou orientação seguida dos encaminhamentos e das supervisões, conforme podemos verificar pela tabela 35. É da maior importância o papel do enfermeiro de saúde pública, pois 60% (236 orientações + 55 supervisões) das ações são da sua inteira responsabilidade e em 40% das ações de encaminhamento tem também o papel de orientação final ou de educação para a saúde resultante desse encaminhamento. É do conhecimento geral, que após as consultas médicas das diferentes especialidades é ao enfermeiro que cabe o papel de educação referente às medidas a tomar de acordo com os problemas encontrados e terapêutica prescrita, assim como o papel de supervisão de saúde considerado necessário.

As orientações que se verificam que são necessárias fazer, são 48,6% do total de ações, sendo de realçar as referentes a problemas de limpeza corporal (17,5%) e a problemas físicos e mentais relacionados com a gestação (17,3%).

As supervisões resultantes da orientação dada mais salientes são as referentes a problemas de limpeza corporal (6,6%) e problemas relacionados com o revestimento cutâneo-mucoso (4,3%).

Quanto aos encaminhamentos, estes representam 40,1% das ações, sendo de salientar os derivados de problemas do aparelho digestivo (14,6%) do aparelho cardio-respiratório (5,4%) e genito-urinário (4,5%). São portanto, na maior parte, encaminhamentos para o médico. Encontramos ainda encaminhamentos para instituições ligadas à construção de habitação e saneamento básico (4,3%).

Registrados nas fichas apenas existiam 32 encaminhamentos para consultas de diversas especialidades. Desta forma, podemos concluir que a aplicação do processo de enfermagem possibilita fazer um maior número de orientações, supervisões e encaminhamentos - quatrocentos e oitenta e seis (486), do que os registrados nas fichas - trinta e dois (32).

Tabela 35. Ações resultantes da intervenção aplicando o processo de enfermagem.

PROBLEMAS RELACIONADOS COM:	AÇÕES		Orientações		Encaminhamentos		Supervisões		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
. habitação e ambiente	46	9,5	21	4,3	2	0,4	69	14,2		
. limpeza corporal	85	17,5	-	0,0	32	6,6	117	24,1		
. revestimento cutaneo-mucoso	-	0,0	14	2,9	21	4,3	35	7,2		
. órgãos dos sentidos	-	0,0	8	1,6	-	0,0	8	1,6		
. aparelho cardio-respiratório	-	0,0	26	5,4	-	0,0	26	5,4		
. aparelho digestivo	20	4,1	71	14,6	-	0,0	91	18,7		
. aparelho genito-urinário	-	0,0	22	4,5	-	0,0	22	4,5		
. problemas físicos e mentais relacionados com a gestação	84	17,3	13	2,7	-	0,0	97	20,0		
. queixas	1	0,2	20	4,1	-	0,0	21	4,3		
TOTAL	236	48,6	195	40,1	55	11,3	486	100,0		

7.10. Problemas registrados nas fichas e problemas identificados por uma consulta de enfermagem na amostra B

Nesta sub-amostra encontramos nas vinte e sete gestantes, trinta (30) problemas registrados, do que resulta uma média de 1,11 problemas por gestante. Com a aplicação do processo de enfermagem encontramos duzentos e quatro (204) problemas, isto é ganhamos cento e setenta e quatro (174). A média de problemas encontrada por gestante foi de 7,55. Sobre os problemas registrados nas fichas foram encontrados no máximo dois e mínimo um. Sobre os problemas encontrados com a aplicação do processo de enfermagem constatamos no máximo treze (13) e no mínimo doze (12).

Tabela 36. Problemas encontrados através da aplicação do Processo de Enfermagem registrados na ficha e sua diferença.

Problemas Gestantes	P	F	(P-F) d	d ²
1	14	1	13	169
2	6	1	5	25
3	3	1	2	4
4	13	1	12	144
5	5	1	4	16
6	2	1	1	1
7	10	2	8	64
8	10	2	8	64
9	5	1	4	16
10	5	1	4	16
11	8	1	7	49
12	10	1	9	81
13	12	1	11	121
14	5	1	4	16
15	4	1	3	9
16	11	1	10	100
17	13	1	12	144
18	7	1	6	36
19	10	1	9	81
20	15	2	13	169
21	5	1	4	16
22	4	1	3	9
23	6	1	5	25
24	6	1	5	25
25	4	1	3	9
26	4	1	3	9
27	7	1	6	36
TOTAL	204	30	174	1454

Ho : $\mu_1 = \mu_2$

$$\bar{x}_{P_2} = \frac{204}{27} = 7,55$$

$$\bar{x}_{F_2} = \frac{30}{27} = 1,11$$

$$\bar{d}_2 = \frac{174}{27} = 6,44$$

$$s^2_d = \frac{1}{n} \sum d^2 - \left(\frac{1}{n} \sum d\right)^2 = \frac{1454}{27} - \left(\frac{174}{27}\right)^2 = 12,3216$$

$$sd = 3,5102$$

$$\lambda = \sqrt{n} \frac{\bar{d}}{sd} = \sqrt{27} \frac{6,44}{3,5102} = 9,5328$$

Conclusão

Rejeitamos a hipótese Ho que diz não haver diferença significativa ao nível de significância de 5%, entre os valores médios encontrados e aceitamos a primeira hipótese formulada no capítulo 4 deste trabalho, visto que

9,53 > 1,96

Pela tabela 37, podemos verificar também que quanto a problemas relacionados com habitação e ambiente nada havia registrado. Dos vinte problemas encontrados, cinco (5) dizem respeito a poluição do ambiente por estrumeiras e vetores, quatro (4) referem-se respectivamente a coabitação, casa sem esgoto e casa sem água canalizada.

Tabela 37. Problemas relacionados com habitação e ambiente.

Problemas	Frequencia	
	P	F
. Ambiente poluído (por estrumeiras e vetores)	5	-
. Coabitação	4	-
. Casa sem esgoto	4	-
. Casa sem água canalizada	4	-
. Lixos perto de casa	3	-
TOTAL	20	-

Na tabela 38, encontramos os problemas relacionados com limpeza corporal. Neste caso nada havia registrado nas fichas e pudemos apenas encontrar problemas ligados à limpeza da pele em geral e às unhas, com frequência dois (2).

Tabela 38. Problemas relacionados com a limpeza corporal.

Problemas	Frequencia	
	P	F
. Pele em geral pouco limpa	2	-
. unhas pouco limpas	2	-
TOTAL	4	-

Os problemas relacionados com o revestimento cutaneo-mucoso encontram-se na tabela 39. O problema mais frequente foi descamação do couro cabeludo (4 vezes). Registrado na ficha encontramos apenas alergia in-terrogada.

Tabela 39. Problemas relacionados com o revestimento cutaneo-mucoso.

Problemas	Frequencia	
	P	F
. Alergia ?	1	1
. cicatriz tipo queiloide	1	-
. descamação do couro cabeludo	4	-
. unhas roídas (quase sem unhas)	1	-
TOTAL	7	1

Em relação aos órgãos dos sentidos encontramos sete (7) problemas; cinco (5) casos ligados à diminuição da acuidade visual e em dois à diminuição da acuidade auditiva, tal como podemos verificar na tabela 40. Nada havia registrado nas fichas.

Tabela 40. Problemas relacionados com os órgãos dos sentidos.

Problemas	Frequencia	
	P	F
. Hipoacúsia à esquerda	2	-
. Diminuição da acuidade visual	5	-
TOTAL	7	-

Na tabela 41 encontramos os problemas relacionados com os aparelhos cardio-respiratório, digestivo e genito-urinário.

Quanto ao aparelho cardio-respiratório, os problemas encontrados mais salientes são as varizes nos membros inferiores seis (6), e hemorroidas três (3). Havia dois casos de varizes que estavam registrados nas fichas.

Quanto ao aparelho digestivo encontramos quarenta e seis (46) problemas, embora registrados só estivessem três (3). Os problemas que quantitativamente ressaltam são a carie dentária vinte (20) e a obstipação doze (12). Com frequência três (3) encontramos: anorexia, vômitos, gengivite e mau hálito.

No aparelho genito-urinário encontramos doze (12) problemas e cinco estavam registrados. O corrimento vaginal é o mais frequente oito (8) seguido de prurido vulvar três (3) e perda sanguínea vaginal um (1).

Tabela 41. Problemas relacionados com os aparelhos cardio-respiratório, digestivo e genito-urinário.

Problemas	Frequência	
	P	F
Aparelho cardio-respiratório:		
- Coriza	1	-
- Espirros	1	-
- Hemorroidas	3	-
- Obstrução nasal	1	-
- Pressão sistólica abaixo do normal (70-80mmHg)	1	-
- Pressão diastólica abaixo do normal (30-40mmHg)	1	-
- Varizes nos membros inferiores	6	2
Total	14	2
Aparelho digestivo:		
- Anorexia	3	-
- Alterações lúbricas (vômitos)	3	2
- Carie dentária	20	-
- Gengivite	3	-
- Obstipação	12	-
- Náuseas	1	1
- Prótese parcial (dental)	1	-
- Mau hálito	3	-
Total	46	3
Aparelho genito-urinário:		
- Corrimento vaginal que a incomoda	8	3
- Prurido vulvar	3	1
- Perda sanguínea vaginal	1	1
Total	12	5

Os problemas físicos e mentais encontram-se descritos na tabela 42, sendo de ressaltar com maior frequência - dezasseis (16) o fato das gestantes desconhecerem a anatomia e fisiologia do aparelho genital feminino e masculino e desconhecerem o assunto planejamento familiar - dezasseis (16). Também onze (11) gestantes referiram desconhecer o que é o parto e puerpério e têm problema por serem primíparas - onze (11). Outros problemas aparecem com menores frequências, tais como: não ter sido seguida na gestação desde pelo menos os três meses cinco (5), gravi-

dez não desejada quatro (4), medo do parto quatro (4), idade superior a 30 anos três (3) e abortamentos anteriores dois (2). Nos registros encontramos dezasseis (16) dos setenta e dois (72) problemas deste grupo.

Tabela 42. Problemas físicos e mentais relacionados com a gestação.

Problemas	Frequencia	
	P	F
. Primípara	11	11
. Não ter sido seguida na gestação desde pelo menos os 3 meses	5	-
. Idade superior a 30 anos	3	3
. Abortamento anterior	2	2
. Gravidez não desejada pela mulher	4	-
. Medo do parto	4	-
. Desconhecimento sobre anatomia e fisiologia do aparelho genital feminino e masculino	16	-
. desconhecimento sobre parto e puerpério	11	-
. desconhecimento sobre planeamento familiar	16	-
Total	72	16

Em relação às queixas das gestantes verificamos que das vinte e duas (22) apresentadas, três (3) estavam registradas. A mais significativa é a económica oito (8), seguida da falta de distrações quatro (4), cefaleias quatro (4) e dores abdominais, tal como podemos verificar na tabela 43.

Tabela 43. Problemas relacionados com queixas das gestantes.

Problemas	Frequencia	
	P	F
. Falta de distrações	4	-
. Não gosta de se ver "tão grávida"	1	-
. O marido não lhe dá atenção desde que está gestante	1	-
. Sente saudades dos pais	1	-
. Precisa de ter um emprego	1	-
. Dificuldades económicas	8	-
. Dores - cefaleias	4	2
- abdominais	2	1
Total	22	3

Na tabela 44 ordenamos decrescentemente os problemas por grupos. Em primeiro lugar estão os relacionados com a gestação que representam 35,3% do total, seguido dos problemas do aparelho digestivo (22,5%) e das queixas das gestantes (10,8%). No total havia registrados 14,7% dos problemas encontrados: 7,8% relacionados com a gestação em curso ocupa o primeiro lugar, seguindo-se em segundo lugar com um percentual de 2,5% os problemas do aparelho genito-urinário.

Tabela 44. Ordenação decrescente dos problemas por grupos.

Grupos de problemas	P		F	
	nº	%	nº	%
1º Relacionados com a gestação	72	35,3	16	7,8
2º Aparelho digestivo	46	22,5	3	1,5
3º Queixas das gestantes	22	10,8	3	1,5
4º Habitação e ambiente	20	9,8	-	0,0
5º Aparelho cardio-respiratório	14	6,9	2	1,0
6º Aparelho genito-urinário	12	5,9	5	2,5
7º Órgãos dos sentidos	7	3,4	-	0,0
8º Revestimento cutaneo-mucoso	7	3,4	1	0,4
9º Limpeza corporal	4	2,0	-	0,0
Total	204	100,0	30	14,7

Pelos dados atrás relatados concluímos que a aplicação do processo de enfermagem permite identificar um maior número de problemas de saúde e de enfermagem do que os habituais registros nas fichas. Desta forma, aceitamos a primeira hipótese formulada no capítulo 4.

7.10.1. Necessidades Humanas básicas afetadas

Estas foram afetadas em consequência da problemática apresentada de diferente maneira. As psico-biológicas foram afetadas cento e dez vezes (110), as psico-sociais cento e cinquenta vezes (150), conforme podemos observar na tabela 45.

Das psico-biológicas a mais afetada foi a integridade física - cinquenta e nove vezes (59), seguida da eliminação - doze vezes (12) e integridade cutaneo-mucosa - onze vezes (11). Outras necessidades que também foram afetadas embora menos vezes foram: regulação vascular, percepção visual, ambiente, higiene, regulação eletrolítica e percepção auditiva.

Das necessidades psico-sociais a que foi afetada mais vezes foi também a educação para a saúde - cento e trinta vezes (130), seguida da segurança econômica - oito vezes (8). Outras necessidades que também foram afetadas foram recreação, auto-realização, auto-imagem, atenção e amor.

Nos registros das fichas havia referência à integridade física afetada - dez vezes (10), nutrição - duas (2), regulação eletrolítica - duas (2) e regulação vascular - duas (2) num total de dezasseis (16).

Concluindo identificamos:

- cento e dez (110) necessidades psico-biológicas;
- cento e cinquenta (150) necessidades psico-sociais.

Em anexo 4, poderemos verificar o quadro resumo referente às necessidades básicas que foram afetadas em função do grupo de problemas a que dizem respeito.

Assim, poderemos admitir que a aplicação do Processo de Enfermagem permite identificar um maior número de Necessidades Básicas afetadas do que os habituais registros na ficha. Por isso aceitamos a segunda hipótese formulada no capítulo 4.

Tabela 45. Necessidades humanas básicas afetadas.

Necessidades humanas básicas afetadas	Frequencia	
	P	F
Psico-biológicas:		
- Eliminação	12	-
- Higiene corporal	4	2
- Integridade cutaneo-mucosa	11	-
- Integridade física	59	10
- Regulação eletrolítica	3	2
- Regulação vascular	9	2
- Percepção visual	5	-
- Percepção auditiva	2	-
- Ambiente	5	-
Total	110	16
Psico-sociais:		
- Segurança econômica	8	-
- Amor	1	-
- Liberdade	4	-
- Educação para a saúde	130	-
- Recreação	4	-
- Autorealização	1	-
- Auto-imagem	1	-
- Atenção	1	-
Total	150	-

7.10.2. Ações resultantes do plano assistencial

Após a identificação dos problemas e das necessidades básicas afetadas e determinando o grau de dependência, passamos em Processo de Enfermagem para o Plano Assistencial. Desse plano constarão ações a desenvolver a curto, médio e longo prazo.

Pela tabela 46, podemos verificar que 55,1% das ações são respeitantes à enfermeira de saúde pública e constituídos por orientações (49,1%) e supervisões (6%). Não esqueçamos no entanto que em 44,9% de encaminhamentos o enfermeiro tem também o papel de orientação final resultante desse encaminhamento.

As orientações que se verificam ter de ser feitas com maior frequência (25,2%) são as referentes a problemas físicos e mentais, relacionados com a gestação. Em segundo lugar encontramos os problemas de habitação e ambiente com 8,1% e em terceiro os problemas do aparelho digestivo com 6,8%.

As supervisões que são apontadas com maior frequência são as relacionadas com problemas de revestimento cutaneo-mucoso (3%) e limpeza corporal (1,7%).

Quanto aos encaminhamentos estes são feitos na maior parte dos casos para consultas médicas de diversas especialidades sendo de ressaltar os problemas do aparelho digestivo com 18,0% e do aparelho cardio-respiratório (6,0%).

Registrados nas fichas apenas existiam dezasseis (16) necessidades humanas básicas afetadas apontando para futuras orientações, supervisões e encaminhamentos.

Desta forma, podemos concluir que a aplicação do Processo de Enfermagem possibilita fazer um maior número de orientações, supervisões e encaminhamentos - duzentos e trinta e quatro (234) do que os registrados nas fichas - dezasseis (16).

Tabela 46. Ações resultantes da intervenção aplicando o processo de enfermagem

PROBLEMAS RELACIONADOS COM: AÇÕES	Orientações		Encaminhamentos		Supervisões		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
. habitação e ambiente	19	8,1	5	2,1	-	0,0	24	10,2
. limpeza corporal	4	1,7	-	0,0	4	1,7	8	3,4
. revestimento cutâneo-mucoso	1	0,4	6	2,5	7	3,0	14	5,9
. órgãos dos sentidos	-	0,0	7	3,0	-	0,0	7	3,0
. aparelho cardio-respiratório	9	3,9	14	6,0	2	0,9	25	10,8
. aparelho digestivo	16	6,8	42	18,0	-	0,0	58	24,8
. aparelho genito-urinário	-	0,0	12	5,1	1	0,4	13	5,5
. problemas físicos e mentais relacionados com a gestação	59	25,2	13	5,6	-	0,0	72	30,8
. queixas	7	3,0	6	2,6	-	0,0	13	5,6
TOTAL	115	49,1	105	44,9	14	6,0	234	100,0

7.11. Problemas registrados nas fichas e problemas identificados por uma consulta de enfermagem na amostra C

Nesta amostra encontramos nas trinta gestantes, sessenta problemas registrados nas fichas, donde resulta uma média de 2,4 problemas por gestante. Com a aplicação do processo de enfermagem encontramos trezentos e sessenta e seis (366) problemas, isto é, ganhámos duzentos e noventa e quatro (294). A média de problemas encontrada por cliente foi de 12,2. Sobre os problemas registrados nas fichas foram encontrados no máximo nove (9) e no mínimo um (1). Sobre os problemas encontrados com a aplicação do processo de enfermagem foram encontrados no máximo vinte (20) e no mínimo seis (6).

Tabela 47. Problemas encontrados através da aplicação do Processo de Enfermagem, registrados na ficha e sua diferença.

Problemas Gestantes	P	F	(P-F) d	d ²
1	12	3	9	81
2	14	2	12	144
3	13	2	11	121
4	8	1	7	49
5	17	2	15	225
6	11	4	7	49
7	12	3	9	81
8	6	2	4	16
9	11	2	9	81
10	10	1	9	81
11	10	1	9	81
12	11	1	10	100
13	13	2	11	121
14	11	7	4	16
15	10	4	6	36
16	14	3	11	121
17	11	3	8	64
18	12	9	3	9
19	10	1	9	81
20	8	1	7	49
21	13	3	10	100
22	12	4	8	64
23	20	2	18	324
24	9	2	7	49
25	11	1	10	100
26	12	1	11	121
27	13	1	12	144
28	13	1	12	144
29	20	1	19	361
30	19	2	17	289
Total	366	72	294	3.302

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$\bar{x}_{P_3} = \frac{366}{30} = 12,2$$

$$\bar{x}_{F_3} = \frac{72}{30} = 2,4$$

$$\bar{d}_3 = \frac{294}{30} = 9,8$$

$$s_d^2 = \frac{1}{n} \sum d^2 - \left(\frac{1}{n} \sum d \right)^2 = \frac{3302}{30} - \left(\frac{294}{30} \right)^2 = 14,0266$$

$$s_d = 3,7452$$

$$\lambda = \sqrt{n} \frac{\bar{d}}{s_d}$$

$$\lambda = \sqrt{30} \frac{9,8}{3,7452} = 14,3320$$

Conclusão

Rejeitamos a hipótese H_0 que diz não haver diferença significativa ao nível de significância de 5%, entre os valores médios encontrados e aceitamos a primeira hipótese formulada no capítulo 4 deste trabalho, visto que

$$14,3320 > 1,96$$

Pela tabela 48, podemos verificar que quanto a problemas relacionados com habitação e ambiente nada havia registrado. De quarenta e nove encontrados os mais salientes quantitativamente são sedentarismo dezasseis (16), habitação sem água e sem luz catorze (14), habitação rodeada de estrumeiras dez (10), desintegração no ambiente onde vive seis (6).

Tabela 48. Problemas relacionados com habitação e ambiente.

Problemas	Frequencia	
	P	F
. Desintegrada do ambiente onde vive	6	-
. Coabitação	3	-
. Habitação rodeada de estrumeiras	10	-
. Habitação sem água nem luz	14	-
. Sedentarismo	16	-
Total	49	-

Na tabela 49, encontramos os problemas relacionados com a limpeza corporal. Neste caso também nada havia registrado. Dos quarenta e dois (42) problemas encontrados dezassete (17) referem-se a deficiente limpeza do cabelo e couro cabeludo, treze (13) a roupa interior e exterior suja e doze (12) referem-se a deficiente limpeza da pele em geral.

Tabela 49. Problemas relacionados com a limpeza corporal.

Local	Limpeza Método	MÃ		REGULAR		TOTAL	
		P	F	P	F	P	F
. cabelo e couro cabeludo		11	-	6	-	17	-
. pele em geral		8	-	4	-	12	-
. roupa interior e exterior		6	-	7	-	13	-
Total		25	-	17	-	42	-

Os problemas relacionados com o revestimento cutaneo-mucoso, encontram-se na tabela 50. Havia registrados dois (um referente a ausência do mamilo direito e outro referente a prurido nas mamas). Dos que encontramos os mais salientes foram cabelos oleosos três (3), palidez facial não habitual dois (2), estrias abdominais dois (2) que incomodam os clientes do ponto de vista estético.

Tabela 50. Problemas relacionados com o revestimento cutâneo-mucoso.

Problemas	Frequência	
	P	F
. Ausência de mamilo direito	1	1
. Calosidade muito incomodativa no dedo mínimo do pé direito	1	-
. Cabelos oleosos	3	-
. Estrias abdominais	2	-
. Palidez facial (não habitual)	2	-
. Pele das mãos seca	1	-
. Prurido das mamas	1	1
Total	11	2

Quanto aos problemas relacionados com os órgãos dos sentidos também nada havia registrado. Encontramos três (3) diminuições da acuidade visual, uma (1) hipoacusia à direita e uma (1) gestante sem olfato.

Tabela 51. Problemas relacionados com os órgãos dos sentidos.

Problemas	Frequência	
	P	F
. Diminuição da acuidade auditiva à direita	1	-
. Sem olfato	1	-
. Diminuição da acuidade visual	3	-
Total	5	-

Na tabela 52, encontramos os problemas relacionados com os aparelhos cardio-respiratório, digestivo e genito-urinário.

Quanto ao aparelho cardio-respiratório os problemas numericamente mais importantes são as varizes nove (9), hemorroidas seis (6), varicosidade três (3), arritmia dois (2). Nas fichas encontram-se registrados oito (8) problemas.

Quanto ao aparelho digestivo, encontramos cento e quatro (104) problemas. Destes podemos destacar: carie dentária trinta (30), ausência parcial de dentes vinte e dois (22), apetite aumentado dezoito (18) obstipação dezoito (18), halitose oito (8). Estavam registrados dez (10).

Quanto ao aparelho genito-urinário, encontravam-se registrados quatro (4) problemas e descobrimos doze (12). São estes: prurido vulvar seis (6), dispaurenia quatro (4), disúria dois (2).

Tabela 52. Problemas relacionados com o aparelho cardio-respiratório digestivo e genito-urinário.

Problemas	Frequencia	
	P	F
Aparelho cardio-respiratório:		
- arritmia	2	1
- coriza	2	-
- gaguez	1	-
- hemorroidas	6	3
- varicosidades	3	-
- varizes	9	4
Total	23	8
Aparelho digestivo:		
- anorexia	2	-
- apetite aumentado	18	-
- ausencia parcial de dentes	22	-
- carie dentária	30	-
- halitose	8	4
- gengivite	6	-
- obstipação	18	6
Total	104	10
Aparelho genito-urinário:		
- dispaurenia	4	-
- disúria	2	2
- prurido vulvar	6	2
Total	12	4

Na tabela 53, discriminaram-se os problemas físicos e emocionais relacionados com a gestação. Estavam registrados nas fichas quarenta e sete (47) dos cento e quatro (104) problemas encontrados conforme podemos verificar. Destes salientamos: desconhecimento sobre planejamento familiar dezanove (19), desconhecimento da anatomia e fisiologia do aparelho genital feminino e masculino treze (13), desconhecimento sobre parto e puerpério doze (12), ser primípara doze (12), idade superior a 30 anos dez (10), contato com o centro de saúde só no 2º trimestre da gestação nove (9), erro alimentar sete (7), falta de vacina anti-tetânica seis (6), idade menor do que 20 anos quatro (4).

Tabela 53. Problemas físicos e mentais relacionados com a gestação.

Problemas	Frequencia	
	P	F
- cloasma	4	4
- facies ansioso e apreensivo	2	-
- edema dos membros inferiores	3	2
- erro alimentar	7	-
- falta de vacina anti-tetânica	6	-
- idade menor do que vinte anos	4	4
- idade superior a 30 anos	10	10
- contato com o centro de saúde só no 2º trimestre da gestação	9	9
- contato com o centro de saúde só no 8º mês	1	1
- múltipara com mais de 6 gestações	5	3
- primíparas	12	12
- desconhecimento sobre anatomia e fisiologia do aparelho genital feminino e masculino	13	-
- desconhecimento sobre parto e puerpério	12	-
- desconhecimento sobre planejamento familiar	19	-
- ser solteira	2	2
Total	109	47

Na tabela 54 referimos os problemas relacionados com queixas das gestantes (11), em que havia um apenas registrado nas fichas. As queixas mais frequentes foram: dificuldades econômicas (4) e sono agitado (2).

Tabela 54. Problemas relacionados com queixas das gestantes.

Problemas	Frequencia	
	P	F
- desânimo	1	-
- dor intensa tipo moinha no hipocôndrio direito, com irradiação para a coxa do mesmo lado	1	1
- frigidez sexual	1	-
- "gases" no intestino	1	-
- dificuldades econômicas	4	-
- sono agitado	2	-
- insônia	1	-
Total	11	1

Na tabela 55, encontramos os grupos de problemas atrás referidos em ordenação decrescente de frequência. Em primeiro lugar encontra-se o grupo de problemas físicos e mentais relacionados com a gestação (29,8%), em segundo lugar os problemas do aparelho digestivo com 28,4%, em terceiro lugar os problemas relacionados com habitação e ambiente. Os problemas registrados nas fichas foram 11,6% dos problemas encontrados e os mais frequentes foram os relacionados com a gestação (12,8%), seguidos dos do aparelho digestivo (2,7%) e dos do aparelho cardio-respiratório (2,2%).

Pelos dados atrás expostos, concluímos que a aplicação do processo de enfermagem permite identificar um maior número de problemas de saúde e de enfermagem - trezentos e sessenta e seis (366) do que os habituais registros nas fichas - setenta e dois (72). Desta forma aceitamos a primeira hipótese formulada no capítulo 4.

Tabela 55. Ordenação decrescente dos problemas por grupos.

Grupos de problemas	P		r	
	nº	%	nº	%
1º Relacionados com a gestação	109	29,8	47	12,8
2º Aparelho digestivo	104	28,4	10	2,7
3º Relacionados com habitação e ambiente	49	13,4	-	0,0
4º Relacionados com limpeza corporal	42	11,5	-	0,0
5º Aparelho cardio-respiratório	23	6,3	8	2,2
6º Aparelho genito-urinário	12	3,3	4	1,1
7º Revestimento cutaneo-mucoso	11	3,0	2	0,5
8º Queixas das gestantes	11	3,0	1	0,3
9º Órgãos dos sentidos	5	1,3	-	0,0
Total	366	100,0	72	19,6

7.11.1. Necessidades Humanas básicas afetadas

Estas também foram afetadas em consequência dos problemas existentes de diferente forma. Assim as psico-biológicas foram afetadas duzentas e cinquenta e duas vezes (252) e as psico-sociais duzentas e cinquenta e cinco vezes (255). Das psico-biológicas a mais afetada foi a integridade física setenta e oito (78), seguida da higiene quarenta e cinco (45) eliminação e regulação vascular dezoito (18) e abrigo dezassete (17). Outras necessidades que também foram afetadas foram: sono e repouso, sexualidade, regulação eletrolítica, regulação imunológica, percepção olfativa, percepção visual, percepção auditiva e ambiente.

Das psico-sociais a mais afetada foi a educação para a saúde duzentas e cinquenta e cinco (255), seguida da necessidade gregária seis (6), auto-imagem seis (6), comunicação seis (6), segurança emocional cinco (5) e segurança econômica quatro (4). Outra necessidade afetada foi também a liberdade três (3).

Quanto às Necessidades Humanas Básicas registradas nas fichas havia apenas vinte e seis (26) referentes a: integridade física vinte e

duas (22) e integridade cutaneo-mucosa quatro (4).

No total identificámos:

- duzentos e cinquenta e duas (252) necessidades psico-biológicas;
- duzentas e cinquenta e cinco (255) necessidades psico-sociais.

Tabela 56. Necessidades humanas básicas afetadas.

Necessidades humanas básicas afetadas	Frequência	
	P	F
Psico-biológicas:		
- Higiene	45	-
- Nutrição	7	-
- Eliminação	18	-
- Sono e repouso	3	-
- Exercício e atividades físicas	16	-
- Sexualidade	5	-
- Abrigo	17	-
- Integridade cutaneo-mucosa	15	4
- Integridade física	78	22
- Regulação hormonal	6	-
- Regulação eletrolítica	3	-
- Regulação imunológica	6	-
- Regulação vascular	18	-
- Percepção olfativa	1	-
- Percepção visual	3	-
- Percepção auditiva	1	-
- Ambiente	10	-
TOTAL	252	26
Psico-sociais:		
- Segurança emocional	5	-
- Segurança económica	4	-
- Liberdade	3	-
- Comunicação	6	-
- Educação para a saúde	225	-
- Gregária	6	-
- Auto-imagem	6	-
TOTAL	255	-

Desta forma somos levados a concluir que a aplicação do Processo de Enfermagem permite identificar um maior número de Necessidades Humanas Básicas afetadas do que o habitual registro na ficha. Por isso, aceitamos a segunda hipótese formulada no capítulo 4.

7.11.2. Ações resultantes do plano assistencial

Após a identificação dos problemas, das Necessidades Humanas Básicas afetadas, passamos para o plano assistencial. Desse plano constarão as ações já atrás mencionadas: orientação, encaminhamentos e supervisões.

Passaremos agora para o somatório das ações previstas nos diferentes planos assistenciais destas gestantes. Estes planos desenvolver-se-iam a curto, médio e longo prazo, conforme estão previstas as ações de orientação, encaminhamento e supervisão na tabela 57.

Na amostra C, encontramos como ação mais necessária a educação para a saúde (46,8%), seguida dos encaminhamentos (28,8%) e das supervisões (24,4%). É de maior importância o papel do enfermeiro de saúde pública pois 71,2% das ações (46,8% de orientações + 24,4% de supervisões) são da sua inteira responsabilidade e em 28,8% dos encaminhamentos tem também o papel de orientação final na entrevista pós-consulta médica.

Dentro das orientações devemos salientar as que se referem a problemas físicos e mentais relacionados com a gestação (20,1%), as relacionadas com problemas de limpeza corporal (9%), as ligadas ao aparelho digestivo (8,5%) e à habitação e ambiente (7,5%).

Das supervisões planejadas podemos destacar as ligadas a problemas de limpeza corporal (9%), a problemas do aparelho cardio-respiratório (4,3%), a problemas do aparelho digestivo (3,9%) e do aparelho genito-urinário (2,6%).

Os encaminhamentos são quase na sua maioria para o médico de diversas especialidades à exceção dos problemas relacionados com habitação e ambiente (3%). Os problemas que aparecem com maior frequência são os relacionados com o aparelho digestivo (13,7%) seguidos dos do aparelho cardio-respiratório (4,9%) e dos do aparelho genito-urinário (2,5%).

Nada existia de registros nas fichas quanto a orientações, encaminhamentos ou/e supervisões. Desta forma, podemos concluir que a aplicação do processo de enfermagem permite fazer um maior número de orien-

Tabela 57. Ações resultantes da intervenção aplicando o processo de enfermagem

PROBLEMAS RELACIONADOS COM: \ AÇÕES	Orientações		Encaminhamentos		Supervisões		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
. habitação e ambiente	35	7,5	14	3,0	10	2,1	59	12,6
. limpeza corporal	42	9,0	-	0,0	42	9,0	84	18,0
. revestimento cutaneo-mucoso	6	1,3	5	1,1	2	0,4	13	2,8
. órgãos dos sentidos	-	0,0	5	1,1	-	0,0	5	1,1
. aparelho cardio-respiratório	-	0,0	23	4,9	20	4,3	43	9,2
. aparelho digestivo	40	8,5	64	13,7	18	3,9	122	26,1
. aparelho genito-urinário	-	0,0	12	2,5	12	2,6	24	5,1
. problemas físicos e mentais relacionados com a gestação	94	20,1	3	0,6	10	2,1	107	22,8
. queixas	2	0,4	9	1,9	-	0,0	11	2,3
Total	219	46,8	135	28,8	114	24,4	468	100,0

7.12. Problemas registrados nas fichas e problemas identificados por uma consulta de enfermagem na amostra D

Nesta amostra encontramos nas trinta gestantes, cento e vinte e nove (129) problemas registrados nas fichas, donde resulta uma média de 4,3 problemas por gestante. Com a aplicação do processo de enfermagem encontrâmos quatrocentos e dezoito problemas (418), isto é, ganhâmos duzentos e oitenta e nove (289). A média de problemas encontrada por gestante foi de 13,9. Sobre os problemas registrados nas fichas foram encontrados no máximo oito (8) e no mínimo dois (2). Sobre os problemas encontrados com a aplicação do processo de enfermagem foram encontrados no máximo vinte e quatro (24) e no mínimo sete (7).

Tabela 58. Problemas encontrados através da aplicação do Processo de Enfermagem, registrados na ficha e sua diferença.

Problemas Gestantes	P	F	(P-F) d	d ²
1	8	3	5	25
2	12	4	8	64
3	13	2	11	121
4	10	2	8	64
5	8	5	3	9
6	7	2	5	25
7	19	4	15	225
8	13	3	10	100
9	11	5	6	36
10	14	4	10	100
11	21	4	17	289
12	13	5	8	64
13	17	6	11	121
14	16	4	12	144
15	13	6	7	49
16	9	4	5	25
17	23	4	19	361
18	24	6	18	324
19	11	7	4	16
20	22	8	14	196
21	8	2	6	36
22	9	4	5	25
23	12	5	7	49
24	11	3	8	64
25	15	6	9	81
26	22	7	15	225
27	27	5	22	484
28	14	3	11	121
29	9	3	6	36
30	7	3	4	16
Total	418	129	289	3.495

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$\bar{x} P_4 = \frac{418}{30} = 13,9$$

$$\bar{x} F_4 = \frac{129}{30} = 4,3$$

$$\bar{d} = \frac{289}{30} = 9,6$$

$$s_{d^2} = \frac{1}{n} \sum d^2 - \left(\frac{1}{n} \sum d \right)^2 = \frac{3495}{30} - \left(\frac{289}{30} \right)^2$$

$$s_{d^2} = 19,764$$

$$s_d = 4,445$$

$$\lambda = \sqrt{n} \frac{\bar{d}}{s_d}$$

$$\lambda = \sqrt{30} \frac{9,6}{4,445} = 11,8288$$

Conclusão

Rejeitamos a hipótese H_0 que diz não haver diferença significativa ao nível de significância de 5%, entre os valores médios encontrados e aceitamos a primeira hipótese formulada no capítulo 4 deste trabalho, visto que

$$11,8288 > 1,96$$

Pela tabela 59, podemos verificar mais uma vez que quanto a problemas relacionados com habitação e ambiente nada havia registrado. Dos vinte (20) problemas encontrados os mais salientes quantitativamente são viver em casa pequena sem instalações sanitárias cinco (5); viver em parte de casa três (3); viver em quarto alugado sem condições higiênicas com marido e filho três (3).

Tabela 59. Problemas relacionados com habitação e ambiente.

Problemas	Frequência	
	P	F
. casa pequena sem instalações sanitárias	5	-
. vive em parte de casa	3	-
. vive em quarto alugado sem condições higiênicas com marido e filho	3	-
. possui um gato sem estar vacinado	1	-
. coabita com os sogros pois não tem casa na terra onde o marido trabalha	1	-
. vive numa barraca sem água, luz e instalações sanitárias	1	-
. casa sem casa de banho	1	-
. vive com os pais mas deseja ter a sua casa (mãe solteira)	1	-
. vive em pensão sem condições higiênicas	1	-
. possui uma cadela sem estar vacinada	1	-
. o lixo é atirado para a superfície do solo	1	-
. gostava de ter a casa melhor mobilada	1	-
Total	20	-

Na tabela 60, encontramos os problemas relacionados com a limpeza corporal. Dos vinte e sete (27) problemas encontrados, dezasseis (16) referem-se a falta de limpeza do couro cabeludo e pele em geral, sete (7) referem-se a falta de limpeza da roupa interior e exterior e quatro (4) referem-se a tomar banho uma vez por semana.

Tabela 60. Problemas relacionados com a limpeza corporal.

Local	Limpeza Método		Regular		Frequência	
	P	F	P	F	P	F
. cabelo e couro cabeludo	3	-	5	-	8	-
. pele em geral	4	-	4	-	8	-
. roupa interior e exterior	3	-	4	-	7	-
. só toma banho uma vez por semana	-	-	4	-	4	-
Total	10	-	17	-	27	-

Dos problemas relacionados com revestimento cutaneo-mucoso, podemos destacar a existência de caspa em dezasseis (16) gestantes, o prurido generalizado em duas e com frequência um (1) encontramos apenas na tabela 61 o eczema na região inguinal, foliculites várias no púbis e região abdominal e prurido nas mamas. Destes problemas nada havia registrado nas fichas.

Tabela 61. Problemas relacionados com o revestimento cutaneo-mucoso.

Problemas	Frequência	
	P	F
. caspa	16	-
. prurido generalizado	2	-
. "eczema" na região inguinal	1	-
. foliculites várias no púbis e região abdominal	1	-
. prurido nas mamas	1	-
Total	21	-

Na tabela 62, encontramos problemas relacionados com os órgãos dos sentidos. O mais frequente é a diminuição da acuidade visual sete (7) seguido dos relacionados com o ouvido cinco (5): hipoacúsia à direita dois (2), hipoacúsia à esquerda dois (2) e otite um (1). O problema "lacrimejamento quando lê" também deve estar ligado à diminuição da acuidade visual embora a cliente não o tenha referido.

Tabela 62. Problemas relacionados com os órgãos dos sentidos.

Problemas	Frequencia	
	P	F
. diminuição de acuidade visual	7	-
. hipoacúsia à direita	2	-
. hipoacúsia à esquerda	2	-
. sem olfato	1	-
. lacrimejamento quando lê	1	-
. não refere ter gosto atualmente	1	-
. otite	1	-
Total	15	-

Na tabela 63 encontramos os problemas relacionados com os aparelhos cardio-respiratório, digestivo e genito-urinário. Quanto ao aparelho cardio-respiratório encontramos vinte e um (21) problemas, dos quais dezassete (17) estavam registrados. Os mais frequentes são varizes onze (11) edema dos membros inferiores quatro (4) e dispneia três (3).

Quanto ao aparelho digestivo encontramos cinquenta e quatro (54) problemas e estavam registrados trinta e quatro (34). O mais frequente é a cárie dentária vinte e sete (27), seguindo-se-lhe a obstipação nove (9), ausência de molares nove (9) e azia sete (7).

Quanto ao aparelho genito-urinário encontramos dezoito (18) problemas e estavam registrados doze (12). O mais saliente é o corrimento abundante em doze (12) gestantes, seguindo-se-lhe disúria três (3), prurido vulvar dois (2) e leucorreia por trichomonas um (1).

Tabela 63. Problemas relacionados com os aparelhos cardio-respiratório, digestivo e genito-urinário.

Problemas	Frequência	
	P	F
Aparelho cardio-respiratório:		
. varizes	11	10
. edema dos membros inferiores	4	2
. dispneia	3	2
. edema facial	1	1
. gripe	1	1
. tensão arterial abaixo dos valores normais	1	1
Total	21	17
Aparelho digestivo:		
. cárie dentária	27	21
. obstipação	9	5
. ausência de molares	9	-
. azia	7	7
. anorexia	2	1
Total	54	34
Aparelho genito-urinário:		
. corrimento abundante	12	8
. disúria	3	2
. prurido vulvar	2	1
. leucorreia por trichomonas	1	1
Total	18	12

Os problemas físicos e mentais relacionados com a gestação encontram-se discriminados por ordem decrescente na tabela 64 e são cento e quarenta e dois (142). Destes estavam registrados cinquenta e dois (52). Os mais frequentes estão relacionados com falta de conhecimento sobre aspetos relacionados com gestação e que a gestante deve compreender. São eles: desconhecimento sobre anatomia e fisiologia do aparelho genital feminino e masculino vinte e seis (26), desconhecimento sobre planeamento familiar vinte (20), desconhecimento sobre o parto e puerpério dez (10), contato com o centro de saúde só ao 2º trimestre de gestação nove (9), erro alimentar nove (9), falta de exercício e atividades físicas sete (7). É de salientar a existência de outros problemas ligados à idade e que são: ter idade inferior a 20 anos cinco (5), ter idade superior a 30 anos quatro (4), estando uma gestante no grupo etário 40-44. Nesta amostra encontramos uma gestante com mais de seis (6) gestações. Apareceram problemas ligados à saúde mental que apesar de terem frequência um (1) poderão vir a ser de certo modo graves no futuro: é o fato de ter medo do parto (por ter tido um feto-morto há 3 anos), de não aceitar a gestação por estar sôzinha (mas também não quer a companhia da família), de recusar relações sexuais durante toda a gestação embora o marido estivesse revoltado, de sentir revolta por estar gestante e não poder brincar como antes embora refira gostar de ter o filho. Neste último caso, ficámos com uma única abordagem bastante falha de conhecimento em termos de prognóstico.

Tabela 64. Problemas físicos e mentais relacionados com a gestação.

Problemas	Frequência	
	P	F
. desconhecimento sobre anatomia e fisiologia do aparelho genital feminino e masculino	26	-
. desconhecimento sobre planejamento familiar	20	-
. dores lombares	14	7
. desconhecimento sobre parto e puerpério	10	-
. ser primípara	10	10
. erro alimentar (só come bolos e papas)	9	2
. contato com o centro de saúde só ao 2º trimestre de gestação	9	9
. falta de exercício e atividades físicas	7	-
. peso excessivo	7	5
. idade menor do que 20 anos	5	5
. dores abdominais	5	5
. idade superior a 30 anos estando 1 no grupo etário 40-44)	4	4
. dores nos membros inferiores	3	2
. náuseas	2	2
. baixo peso (no 4º mês de gestação não aumentou de peso)	2	-
. edema facial	1	-
. epistaxis	1	1
. desconhece a data do parto e não aceita os cálculos feitos pelo médico da consulta de saúde materna	1	-
. medo do parto (por ter tido um feto-morto há 3 anos)		
. múltípara com mais de 6 gestações	1	-
. não aceita a gestação por estar sozinha	1	-
. recusou relações sexuais (durante toda a gestação e o marido não aceitou)	1	-
. sente-se "nervosa" (não disse porquê)	1	-
. sente revolta por estar gestante e não poder brincar como antes, mas gosta de ter o filho	1	-
Total	142	52

Na tabela 65, encontramos os problemas relacionados com queixas das gestantes. Estes problemas são setenta (70) dos quais catorze (14) estavam registrados. O mais frequente é o econômico vinte (20), seguindo-se-lhe insônias sete (7), não repouso sete (7), anorexia seis (6), cefaleias persistentes seis (6), vertigens cinco (5), não se distrai cinco (5), deseja emprego três (3) e pesadelos dois (2). Os problemas com frequência um (1) são todos referentes ao marido, embora no que está referenciado por último nos pareça que existe amor. A separação provocada pela profissão do marido por ele ser empregado em transportes internacionais provoca uma certa insegurança emocional. Consideramos que os problemas ligados a aspetos em que o marido lhe retirou os filhos e não quer que a mulher os veja, ou/e o marido desapareceu com o filho não puderam ser suficientemente conhecidos por nós, dado tratar-se de uma primeira entrevista.

Tabela 65. Problemas relacionados com queixas das gestantes.

Problemas	Frequência	
	P	F
. económico	20	-
. insónias	7	-
. não repouso	7	-
. anorexia	6	3
. cefaleias persistentes	6	6
. vertigens	5	5
. não se distrai	5	-
. deseja emprego	5	-
. marido desempregado	3	-
. pesadelos	2	-
. o marido retirou-lhe os 2 filhos e não quer que a mulher os veja	1	-
. o marido desapareceu com o filho	1	-
. o marido está ausente	1	-
. o marido é empregado em transportes internacionais e está ausente muito tempo	1	-
Total	70	14

Na tabela 66, encontramos os grupos de problemas atrás referidos, em ordenação decrescente de frequência. Em primeiro lugar encontra-se o grupo de problemas físicos e mentais relacionados com a gestação (41,1%) em segundo lugar as queixas das gestantes com 16,7%, em terceiro lugar os problemas relacionados com o aparelho digestivo. Os problemas registrados nas fichas foram 30,8% dos problemas encontrados e os mais frequentes foram os relacionados com a gestação 12,4%, seguidos dos do aparelho digestivo 8,1% e dos do aparelho cardio-respiratório 4,1%.

Pelos dados atrás expostos, concluímos que a aplicação do processo de enfermagem permite identificar um maior número de problemas de saúde e de enfermagem - quatrocentos e dezoito (418) do que os habituais registros nas fichas - cento e vinte e nove (129). Por isso aceitamos a primeira hipótese formulada no capítulo 4.

Tabela 66. Ordenação decrescente dos problemas por grupos.

Grupos de problemas	P		F	
	nº	%	nº	%
1º Relacionados com a gestação	172	41,1	52	12,4
2º Queixas das gestantes	70	16,7	14	3,3
3º Aparelho digestivo	54	13,0	34	8,1
4º Limpeza corporal	27	6,5	-	0,0
5º Aparelho cardio-respiratório	21	5,0	17	4,1
6º Revestimento cutâneo-mucoso	21	5,0	-	0,0
7º Habitação e ambiente	20	4,8	-	0,0
8º Aparelho genito-urinário	18	4,3	12	2,9
9º Órgãos dos sentidos	15	3,6	-	0,0
Total	418	100,0	129	30,8

7.12.1 Necessidades Humanas básicas afetadas

As necessidades psico-biológicas foram afetadas duzentas e sessenta e sete vezes (267), estavam registradas trinta (30) (as referen-

tes à terapêutica de rotina que é dada a todas as gestantes: reforço vitamínico). Destas, as afetadas mais vezes foi a integridade física - cento e treze vezes (113), seguida da terapêutica - trinta vezes (30), da integridade cutâneo-mucosa - vinte e três vezes (23), exercício e atividades físicas e habitação - dezasseis vezes (16) cada uma. Outras necessidades dentro deste grupo que também foram afetadas foram: oxigenação, eliminação, sexualidade, regulação eletrolítica, regulação vascular, percepção (olfativa, visual e auditiva) e ambiente.

As necessidades psico-sociais foram afetadas trezentas e quarenta e uma vezes (341) e nada havia registrado. Destacam-se destas a educação para a saúde - duzentas e setenta e nove vezes (279), a segurança econômica - vinte e três vezes (23) e a segurança emocional - oito vezes (8). Outras necessidades que também foram afetadas foram: amor, liberdade, gregária, recreação, espaço, auto-realização, participação e atenção.

No total identificamos:

- duzentas e sessenta e sete (267) necessidades psico-biológicas;
- trezentas e quarenta e uma (341) necessidades psico-sociais.

Lembramos mais uma vez que havia trinta (30) registros referentes à terapêutica nas fichas.

Desta forma, podemos concluir que a aplicação do processo de enfermagem permite identificar um maior número de Necessidades Humanas básicas afetadas do que os habituais registros nas fichas. Por isso, aceitamos a segunda hipótese formulada no capítulo 4.

7.12.2. Ações resultantes do plano assistencial

Conforme já foi referido, passamos para as ações que seriam previstas nos planos assistenciais e que estão discriminadas, na tabela 68. Desses planos constarão as ações já atrás mencionadas: orientação ou educação para a saúde, encaminhamentos, e supervisão que seriam desenvol-

vidos a curto, médio e longo prazo.

Na amostra D, encontramos como ação mais necessária a orientação ou educação para a saúde (47,7%), seguida das supervisões (28,5%) e dos encaminhamentos (23,8%). É novamente de salientar o papel do enfermeiro de saúde pública pois 76,2% das ações (47,7% de orientações + 28,5% de supervisões) são da sua inteira responsabilidade e em 23,8% dos encaminhamentos tem também o papel de orientação final na entrevista pós-consulta médica.

Dentro das orientações devemos ressaltar os grupos de problemas que mais contribuem para essa ação. Assim, destacaremos o grupo de problemas físicos e mentais relacionados com a gestação, com 21,4%, seguido dos problemas relacionados com o aparelho digestivo com 8,1% e dos problemas relacionados com a limpeza corporal com 4,1%.

Das supervisões planejadas podemos destacar as que se referem ao grupo de problemas físicos e mentais relacionados com a gestação da ordem de 7,1%, seguidas do grupo de problemas do aparelho digestivo com 5,5% e do grupo de problemas relacionados com limpeza corporal 4,1%. Todos os grupos de problemas sugerem supervisão embora em percentagens menores, à exceção do grupo dos órgãos dos sentidos.

Os encaminhamentos são quase na sua totalidade para o médico de diversas especialidades, à exceção dos do grupo de problemas relacionados com habitação e ambiente (2,7%). A estes damos o encaminhamento, para as autoridades sanitárias da zona e para as instituições onde as pessoas se inscrevam para conseguirem casa, tais como o Fundo de Fomento da Habitação. Os problemas que se destacam por exigirem maior número de encaminhamentos são em primeiro lugar os do aparelho digestivo com 6,8%, em segundo lugar as queixas das gestantes com 3,6%, em terceiro lugar os problemas relacionados com o revestimento cutâneo-mucoso 3,1%, e em quarto lugar os problemas relacionados com o aparelho genito-urinário com 2,7%.

Nada existia de registros nas fichas quanto a orientações, encaminhamentos e supervisões. Desta forma, podemos concluir, que a aplicação do processo de enfermagem permite fazer um maior número de orientações, supervisões e encaminhamentos - seicentos e sessenta e quatro(664) do que os registrados nas fichas.

Tabela 67. Necessidades humanas básicas afetadas.

Necessidades humanas básicas afetadas	Frequência	
	P	F
Psico-biológicas:		
- Oxigenação	3	-
- Eliminação	12	-
- Exercício e atividades físicas	16	-
- Sexualidade	1	-
- Habitação	16	-
- Integridade cutaneo-mucosa	23	-
- Integridade física	113	-
- Regulação eletrolítica	6	-
- Regulação vascular	11	-
- Percepção olfativa	1	-
- Percepção visual	8	-
- Percepção auditiva	5	-
- Percepção gustativa	1	-
- Ambiente	14	-
- Terapêutica	30	30
Total	267	30
Psico-sociais:		
- Segurança emocional	8	-
- Segurança econômica	23	-
- Amor	4	-
- Liberdade	1	-
- Educação para a saúde	279	-
- Gregária	2	-
- Recreação	5	-
- Espaço	3	-
- Aceitação	2	-
- Auto-realização	7	-
- Participação	5	-
- Atenção	2	-
Total	341	-

Tabela 68. Ações resultantes da intervenção aplicando o processo de enfermagem.

PROBLEMAS RELACIONADOS COM:	AÇÕES		Orientações		Encaminhamentos		Supervisões		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
. habitação e ambiente	3	0,5	18	2,7	9	1,4	30	4,6		
. limpeza corporal	27	4,1	-	0,0	27	4,1	54	8,2		
. revestimento cutâneo-mucoso	21	3,1	21	3,1	21	3,1	63	9,3		
. órgãos dos sentidos	15	2,3	15	2,3	-	0,0	30	4,6		
. aparelho cardio-respiratório	21	3,1	4	0,6	21	3,1	46	6,8		
. aparelho digestivo	54	8,1	45	6,8	36	5,5	135	20,4		
. aparelho genito-urinário	18	2,7	18	2,7	18	2,7	54	8,1		
. problemas físico e mentais relacionados com a gestação	142	21,4	13	2,0	47	7,1	202	30,5		
. queixas	16	2,4	24	3,6	10	1,5	50	7,5		
Total	317	47,7	158	23,8	189	28,5	664	100,0		

8. CONCLUSÕES

- a - Foi possível identificar os problemas de saúde e de enfermagem em cento e dezanove (119) gestantes, nas quatro amostras consideradas, aplicando o Processo de Enfermagem.
- b - Foi exequível comparar os dados obtidos através da aplicação do Processo de Enfermagem, com os registrados na ficha da gestante.
- c - Aceitamos a primeira hipótese formulada ao nível de significância de 5%, pois a aplicação do Processo de Enfermagem permite encontrar maior número de problemas de saúde e de enfermagem do que os registrados nas fichas da gestante.
- d - Nas quatro amostras foram identificados em cento e dezanove (119) gestantes, mil quatrocentos e cinco (1405) problemas através da Aplicação de um histórico de enfermagem - 1ª Fase do Processo de Enfermagem. Nos registros referentes às mesmas gestantes estavam identificados duzentos e vinte e três (223) problemas, ou seja 15,8% dos problemas encontrados.
- e - Na amostra A a média de problemas encontrada por gestante foi de 13,03 enquanto que a registrada nas fichas foi de 3,78.
- f - Na amostra B a média de problemas encontrada por gestante foi de 7,55 enquanto que a registrada nas fichas foi de 1,11.
- g - Na amostra C a média de problemas encontrada por gestante foi de 12,2 enquanto que a registrada nas fichas foi de 2,4.
- h - Na amostra D a média de problemas encontrada por gestante foi de 13,9 enquanto que a registrada na ficha foi de 4,3.
- i - Nas amostras A, B, C e D os problemas que relativamente tiveram maior significado quantitativo foram os problemas físicos e mentais relacionados com a gestação, atingindo respectivamente: 23,3%, 35,3%, 28,9% e 41,1%.
- j - Nas amostras A, B e C os problemas que relativamente estiveram em segundo lugar em termos quantitativos foram os relacionados com o apa

relho digestivo, respetivamente 21,8%, 22,5% e 27,4%.

- l - Na amostra D o grupo de problemas que ficou em segundo lugar em termos quantitativos foi o das queixas das gestantes com 16,7%, e o grupo de problemas do aparelho digestivo ficou em terceiro lugar com 13%.
- m - Nas fichas das gestantes das amostras A, B, C e D estavam registados problemas que representam em relação ao total de problemas, respetivamente 29%, 14,7%, 19,6% e 30,8%.
- n - A aplicação do processo de enfermagem permitiu identificar nas amostras A, B, C e D um maior número de necessidades básicas afetadas - duas mil e setenta e duas (2072) do que os habituais registos existentes nas fichas - cinquenta e dois (52) ou seja 2,5%.
- o - As necessidades psico-biológicas foram afetadas de forma diferente nas quatro (4) amostras embora saibamos que a população era diferente:
 - Na A - trezentas e setenta e quatro vezes (374) e estavam registradas nas fichas dez (10);
 - Na B - cento e dez vezes (110), e estavam registradas nas fichas dezasseis (16);
 - Na C - duzentas e cinquenta e duas vezes (252), e estavam registradas nas fichas vinte e seis (26);
 - Na D - duzentas e sessenta e sete vezes (267), e não havia registros de Necessidades afetadas.
- p - As necessidades psico-sociais foram afetadas também de forma diferente nas quatro (4) amostras não havendo qualquer registro na ficha:
 - Na A - trezentas e vinte e três vezes (323);
 - Na B - cento e cinquenta vezes (150);
 - Na C - duzentas e cinquenta e cinco vezes (255);
 - Na D - trezentas e quarenta e uma vezes (341).

q - A aplicação do Processo de Enfermagem possibilita fazer um maior número de orientações, pois nada havia registrado nas fichas:

- Na A - duzentas e trinta e seis (236);
- Na B - cento e quinze (115);
- Na C - duzentas e dezanove (219);
- Na D - trezentas e dezassete (317).

r - A aplicação do Processo de Enfermagem possibilita fazer um maior número de supervisões, pois nada havia registrado nas fichas:

- Na A - cinquenta e cinco (55);
- Na B - catorze (14);
- Na C - cento e catorze (114);
- Na D - cento e oitenta e nove (189).

s - A aplicação do Processo de Enfermagem possibilita fazer um maior número de encaminhamentos:

- Na A - cento e noventa e cinco (195) e estavam registrados nas fichas trinta e dois (32);
- Na B - cento e cinco (105) e estavam registrados nas fichas dezois (16);
- Na C - cento e trinta e cinco (135) e nada estava registrado nas fichas;
- Na D - cento e cinquenta e oito (158) e nada estava registrado nas fichas.

t - Parece existir uma associação entre a procura do centro de saúde para seguimento da gestação aos 1º, 2º ou 3º mês e estar no grupo etário 15-29 anos, ao nível de significancia de 5%. Isto significa que o grupo etário mais jovem, procura o centro de saúde para seguimento da sua gestação mais cedo.

u - O papel do enfermeiro é essencialmente de educador e supervisor de saúde em matéria de enfermagem de saúde pública, em saúde materna.

v - O conteúdo da enfermagem, neste caso assistência à gestante, está expresso na resposta que o enfermeiro dá à problemática do indivíduo

nos diferentes aspetos em que o individuo precisa de ser educado e supervisionado.

9. SUGESTÕES

- a - Outras pesquisas devem ser realizadas sobre este assunto - Processo de Enfermagem para que passemos a trabalhar cientificamente e cheguemos a determinar a síndrome da gestação.
- b - que em Portugal comece oficialmente a fazer parte das funções da enfermeira a execução do Processo de Enfermagem.
- c - que nos registros de saúde materna passe a fazer parte a determinação do grau de risco, para que este seja determinado o mais cedo possível e se tomem as medidas adequadas.
- d - que a Escola de Enfermagem de Saúde Pública reforce o Processo de ensino - Aprendizagem nos diferentes cursos em que o Processo de Enfermagem é parte do programa, numa tentativa de que os enfermeiros o entendam como função específica do enfermeiro e sejam forças de combate mais tarde nos seus locais contra a estagnação da enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ABDELLAH, F.G.; LEVINE, E. - What patients say about their nursing care (part 1). Hospitals Jaha 31: 44-8, 1957.
- 2 - ADAMI, N.P. - A enfermagem de saúde pública na assistência progressiva do paciente. Enf. Novas Dimens., 2 (1): 17-23, 1976.
- 3 - ALMEIDA, A.M.L et al. - Pesquisa sobre o valor da consulta de enfermagem numa valencia de diabetes, Lisboa, Escola de Enfermagem de Saúde Pública, 1978.
- 4 - ANGERAMI, E.L.S. et al. - Análise crítica das anotações de enfermagem. Rev. Bras. Enf., 29(4): 28-37, 1976.
- 5 - ANGERAMI, E.L.S. et al. - Ensaio clínico do processo de enfermagem. Enf. Novas Dimens., 4(5): 291-6, 1978.
- 6 - BARBOSA, G.M. et al. - Aplicação do processo de enfermagem na valencia de saúde materna. Lisboa, Escola de Enfermagem de Saúde Pública, 1978.
- 7 - BEVIS, O. - Curriculum building in nursing: a process. St. Louis Mosby Company, 1973.
- 8 - CALNAN, M.F.; HANRON, J.B. - Nursing assessment dialogue with meaning. Superv. nurse, 2(7); 18-9, 1971.
- 9 - CARVALHO, D.V. - Porque acredito no processo de enfermagem. Enf. Novas Dimens. 3(5): 261-6, 1977.
- 10 - CIANCIARULLO, T.I. - Histórico de enfermagem: sua utilização em pacientes hospitalizados (parte 1), Enf. Novas Dimens. 2(3):162-3, 1976.
- 11 - CHERESCAVICH, G.D. - A testbook for nursing assistants, 3^a ed. Saint Luois, The c.v. Mosby Company, 1973.
- 12 - COSTA, L.B. et al. - Relato de uma experiência na aplicação da metodologia científica na assistência de enfermagem à família. Rev. Bras. Enf., 31(1): 111-6, 1978.

- 13 - DAHLSTEDT, J.M. - Rearrangments to enrich bedside. Amer.J.Nurs. 69 (6): 1254-7, 1969.
- 14 - DAVIS, J.A. - Elementary survey analysis. New Jersey, Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs, 1971.
- 15 - DICHTER, E. - The hospital patient relationship. The Modern Hospital 83(4): 56-134, 1954.
- 16 - DOURADO, H.G. - O plano assistencial de enfermagem e sua utilização. Rev. Bras. Enf., 30(4): 349-50, 1977.
- 17 - DUARTE, N.M.N.; MUXFELDT, L.C. - O papel da enfermeira na assistência à gestante sadia. Rev. Bras. Enf., 28(4): 70-4, 1975.
- 18 - FRIEDLANDER, M.R. - Problemas de enfermagem e sua conceituação. Rev. Esc. Enf. U.S.P., 11(3): 325-30, 1977.
- 19 - GORDINO, A.M.T. - A consulta de enfermagem na identificação dos problemas de saúde. Lisboa, Escola de Enfermagem de Saúde Pública, 1978.
- 20 - ————— - A consulta de enfermagem na identificação dos problemas de saúde da criança. Lisboa, Escola de Enfermagem de Saúde Pública, 1978.
- 21 - GALVÃO DE MELO, F. - Textos de apoio de bioestatística: texto nº5, Lisboa, 1977. (Mimeografado)
- 22 - HALL, J.E. - Nursing as process. In: HALL, J.E.; WEAVER, B.R. - Distributive Nursing Practice: A system approach to community health. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1977.
- 23 - HAMDI, M.E.; HUTELMYER, C.M. - A study of the effectiveness of an assessment tool in the identification of nursing care problems. Nurs. Res., 19(4): 354-8, 1970.
- 24 - HARRIS, B.G. - Private practice in childbirth education. In: HALL, J.E.; WEAVER, B.R. - Distributive Nursing Practice: a system's approach to community health. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1977.

- 25 - HART, S.K.; HERRIOTT, P.R. - Components of practice: a system's approach. In: HALL, J.E.; WEAVER, B.R. - Distributive Nursing Practice: a system's approach to community health. Philadelphia, J. B. Lippincott Company, 1977.
- 26 - HENDERSON, V. - The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research and education. London, Macmillan, 1969.
- 27 - HORTA, W.A. - A observação sistematizada na identificação de problemas de enfermagem em seus aspectos físicos. Tese de Livre-Docência, São Paulo, 1968.
- 28 - ——— - Consulta de enfermagem. Rev. Esc. Enf. U.S.P., 9(3): 53-7, 1975.
- 29 - ——— - Editorial: os novos papéis da enfermeira/o. Enf. Novas Dimens., 2(1): 111, 1976.
- 30 - ——— - Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. Rev. Esc. Enf. U.S.P., 8(1): 7-15, 1974.
- 31 - ——— - Modelo operacional para determinar a dependência de enfermagem em natureza e extensão. Enf. Novas Dimens., 2(4):200-3, 1976
- 32 - ——— - Necessidades humanas básicas: considerações gerais. Enf. Novas Dimens., 1(5): 266-8, 1975.
- 33 - ——— - O histórico de enfermagem simplificado. Enf. Novas Dimens. 2(3): 131-8, 1976.
- 34 - ——— - Síndromes de enfermagem. Enf. Novas Dimens., 4(1):17-8, 1978.
- 35 - KAMIYAMA, Y et al. - Ensino do processo de enfermagem em doenças transmissíveis - Experiência de integração hospital-escola. Enf. Novas Dimens., 5(1): 23-30, 1979.
- 36 - KOCH, R.M.; OKA, L.N. - Processo de enfermagem - Avaliação feita pelos alunos do departamento de enfermagem da UCP. Rev. Bras.

- Enf., 30(3): 274-85, 1977.
- 37 - KURGANT, P. - Plano de cuidados de enfermagem e Necessidade Administrativa. Enf. Novas Dimens., 2(3): 139-41, 1976.
 - 38 - LAGES, C.; LIMA ANJO, M.C. - Processo de Enfermagem segundo a teoria das Necessidades Humanas Básicas. Lisboa, Escola de Enfermagem de Saúde Pública, 1978.
 - 39 - LEVY, E. - Epidemiologia e economia da saúde. Rev. Epidêm. et Santé Publ., 25: 5-8, 1977.
 - 40 - LEWIS, L. - Planning patient care. Dubuque Brown, 1970.
 - 41 - LITTLE, D.E.; CARNEVALE, D.L. - Nursing care planning. Philadelphia, Lippincott, 1969.
 - 42 - LUCKESI, M.A.V. et al. - Aplicação do processo de enfermagem no hospital Ana Nery. Rev. Bras. Enf., 31(2): 141-56, 1978.
 - 43 - MASLOW, A.H. - Motivation and personality. 2^a ed., New York, Harper and Row Publishers, 1970.
 - 44 - MAYERS, M.G. - A systematic approach to nursing care plan. New York Appleton Century Crofts, 1972.
 - 45 - MOHANA, J. - O mundo e eu. 2^a ed., Rio de Janeiro, Livraria Agir Editora, 1964.
 - 46 - MOREIRA DA ROCHA, M.J. - A consulta de enfermagem na identificação de problemas de saúde. Lisboa, Escola de Enfermagem de Saúde Pública, 1978.
 - 47 - MOURA, A.F. et al. - Orientação de enfermagem às gestantes do pré-natal da Clínica Obstétrica da UFMG. Enf. Novas Dimens., 2(1): 38-49, 1976.
 - 48 - MUXFELDT, L.C. - Assistência de enfermagem ao cliente. Associação Brasileira de Enfermagem. Anais do XXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1977.
 - 49 - NAKAMAE, D.D.; KOIZUMI, M.S. - Exame clínico de enfermagem: condições físicas (1^a parte). Enf. Novas Dimens., 4(6):342-50, 1978.

- 50 - NAKAMAE, D.D.; KOIZUMI, M.S. - Exame clínico de enfermagem (2ª parte), Enf. Novas Dimens., 5(1): 10-22, 1979.
- 51 - NOGUEIRA, M.J. de C. - Esquema figurado de atendimento de clientes em unidades sanitárias, Enf. Novas Dimens., 2(3): 160-1, 1976.
- 52 - ——— - Uma experiência com consultas de enfermagem para crianças. Rev. Bras. Enf., 30(3): 294-306, 1977.
- 53 - NOGUEIRA, M.J.C. et al. - Um modelo de histórico e plano de assistência de enfermagem à família. Rev. Esc. Enf. U.S.P., 12(1):17-60, 1978.
- 54 - OMS - L'économie sanitaire. Org. mond. Santé. Cahiers de Santé publique, 1976, nº64.
- 55 - ——— - Medium-term programme in nursing/midwifery in Europe. Copenhagen, Regional Office for Europe, 1978.
- 56 - ——— - Tendances et approches nouvelles dans la prestation de soins aux mères et enfants par les services de santé. Org. mond. Santé Série de Rapp. techn., 1976, nº 600.
- 57 - PAIM, L. - Plano assistencial e prescrição de enfermagem. Rev. Bras. Enf., 29(3): 66-82, 1976.
- 58 - PAULA, N.S. et al. - Processo de enfermagem orientado para os problemas do paciente: iniciação de ensino em fundamentos de enfermagem. Rev. Bras. Enf., 31(1): 101-13, 1978.
- 59 - PEARSON, B.D. - Evaluation of the nursing processes through visual motion media. Int. Nurs. Rev., 25(4): 119-20, 1978.
- 60 - SHAW, J.S.; McLAUGHLIN, M. - Nursing histories in a naval hospital. Milit. Med., 134: 253-6, 1969.
- 61 - VINHA, J. - Consulta de enfermagem a grávidas na identificação de alguns problemas de saúde, no Posto de Saúde de Alvercado Ribatejo. Lisboa, Escola de Enfermagem de Saúde Pública, 1979.
- 62 - YURA, H.; WALSH, M.B. - The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating. 2nd ed. Meredith, 1973.

ANEXOS

ANEXO 1

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

A. IDENTIFICAÇÃO

Nome Idade
Cor Estado civil Paridade
Religião Escolaridade Ocupação
Naturalidade Residência
Diagnóstico médico
Primeiro contato com o Centro de Saúde
Por intermédio de quem veio

B. PERCEPÇÕES E EXPETATIVAS

Necessidades sentidas
O que a incomoda ou/e preocupa
Queixas
O que sabe sobre gestação
Experiencias anteriores com outras gestações
Escolha do local do parto
O que espera da equipa de saúde?
O que espera da instituição

C. ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES BÁSICAS

PSICO-BIOLÓGICAS	PROBLEMAS
1. Oxigenação	
2. Hidratação	
3. Higiene	
4. Nutrição	
5. Eliminação	
6. Sono	
7. Repouso	

8. Exercício e ativid. físicas	.....
9. Sexualidade	.....
10. Habitação	.....
11. Mecânica corporal	.....
12. Integridade cutaneo-mucosa	.....
13. Integridade física	.....
14. Regulação térmica	.....
15. Regulação hormonal	.....
16. Regulação neurológica	.....
17. Regulação eletrolítica	.....
18. Regulação imunológica	.....
19. Crescimento celular	.....
20. Regulação vascular	.....
21. Locomoção	.....
22. Percepção olfativa	.....
23. Percepção visual	.....
24. Percepção auditiva	.....
25. Percepção tátil	.....
26. Percepção gustativa	.....
27. Percepção dolorosa	.....
28. Ambiente	.....
29. Terapeutica	.....
<hr/>	
PSICO-SOCIAIS	PROBLEMAS
<hr/>	
30. Segurança emocional	.....
31. Segurança econômica	.....
32. Amor	.....
33. Liberdade	.....
34. Comunicação	.....
35. Criatividade	.....
36. Educação para a saúde	.....
37. Gregária	.....
38. Recreação	.....

- Secreções
- Cor
- Forma
- Temperatura
- Turgor
- Motibilidade
- Acuidade
- Distribuição dos pelos
- Próteses
- Deformidades ou ausência de segmentos
- Condições da rede venosa (varizes)
- Cabeça - couro cabeludo
 - face
 - órgãos dos sentidos
 - cavidade bucal
- Membros superiores e inferiores
- Tronco anterior:
 - torax
 - abdômen
 - forma do útero
 - altura do útero
 - genitais
 - foco de auscultação
- Tronco posterior:
 - torax
 - lombo-sacra
 - nádegas
 - região anal
 - perímetro umbilical
 - 1ºs movimentos fetais
- Queixas
-
- Pesquisa de albuminúria

Pesquisa de glicosúria

Pesquisa de Ph

E. O que gostaria de perguntar

Impressão do entrevistador sobre a cliente

.....

.....

Testo de Sogho al grande

N.º

Peso habitual

[illegible]

OBSERVAÇÕES

[illegible]

[illegible]

GRAVIDEZES ANTERIORES

N.º	Data do nascimento	Duração da gravidez	Nado vivo	Afeções durante a gravidez	Assistência e tipo de parto	Acidente do parto
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

EXAME GERAL OBSTÉTRICO

Constituição:

Peso habitual: _____

estado geral

Coração **Seios**

Pulmões **Abdômen**

exame externo

Ap. genital

exame interno

Outros elementos de observação

	/19.....	/19.....	/19.....	/19.....	/19.....	/19.....
T. A.						
Peso						
Edemas						
Varizes						
Abdômen						
Forma do útero						
Altura do útero						
Perímetro umbilical						
Pólos fetais						
Focos de auscultação						
1.ª movimentos fetais						
A. P. V.						
Encravamento						
Hemorragias						
Corrimento						

Grupo sanguíneo

Factor Rh _____

REVISÃO NO PUERPÉRIO

PARTO					MORTE FETAL
Data :/...../19.....	Termo	Eutético	Simple	Médico	Precoce
				Parteira	
Local :/...../.....	Prematuro	Distófico	Múltiplo	S/ assistência	Tardio

Intervenção sofrida e observações

[illegible][illegible][illegible][illegible]

ANEXO 2

Quadro 1. Número de vezes que as necessidades humanas básicas foram afetadas em função dos problemas dos diferentes grupos considerados na amostra A.

PROBLEMAS Necessidades afetadas	Habit. e Ambien.	Limp. corp.	Revest. cutaneo mucoso	Org. dos sent.	Apar. card. resp.	Apar. dig.	Apar. genit. urin.	Fis. e ment. relac. com a gestação	Queixas	Total
Psico-biológicas:										
. Nutrição	-	-	-	-	-	-	-	8	-	8
. Oxigenação	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
. Higiene	-	85	-	-	-	-	-	-	-	85
. Eliminação	-	-	-	-	11	-	-	-	-	11
. Sexualidade	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
. Habitação	27	-	-	-	-	-	-	-	-	27
. Integridade cutaneo-mucosa	-	-	21	-	-	11	2	-	-	34
. Integridade física	-	-	-	-	6	73	20	27	20	146
. Regulação eletrolítica	-	-	-	-	-	6	-	-	-	6
. Regulação vascular	-	-	-	-	19	-	-	-	-	19
. Percepção olfativa	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
. Percepção visual	-	-	-	4	-	-	-	-	-	4
. Percepção auditiva	-	-	-	3	-	-	-	-	-	3
. Ambiente	19	-	-	-	-	-	-	-	-	19
. Terapêutica	-	6	-	8	-	-	-	-	-	14
Psico-sociais:										
. Segurança econômica	-	-	-	-	-	-	-	15	-	15
. Amor	-	-	2	-	-	-	1	1	-	4
. Liberdade	7	-	-	-	-	-	-	-	-	7
. Comunicação	-	-	-	-	-	-	3	-	-	3
. Educação para a saúde	27	85	18	8	91	-	-	55	-	284
. Recreação	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
. Espaço	7	-	-	-	-	-	-	-	-	7
. Auto-imagem	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2
TOTAL										702

ANEXO 3

Quadro 2. Número de vezes que as necessidades humanas básicas foram afetadas em função dos problemas dos diferentes grupos considerados na amostra B.

PROBLEMAS Necessidades afetadas	Habit. e Ambien.	Limp. corp.	Revest. cutaneo mucoso	Org. dos sent.	Apar. card. resp.	Apar. dig.	Apar. genit. urin.	Fis. e ment. relac. com a gestação	Queixas	Total
Psico-biológicas:										
. Higiene	-	4	-	-	-	-	-	-	-	4
. Eliminação	-	-	-	-	-	12	-	-	-	12
. Integridade cutaneo-mucosa	-	-	5	-	-	3	3	-	-	11
. Integridade física	-	-	2	-	5	24	9	13	6	59
. Regulação eletrolítica	-	-	-	-	-	3	-	-	-	3
. Regulação vascular	-	-	-	-	9	-	-	-	-	9
. Percepção visual	-	-	-	5	-	-	-	-	-	5
. Percepção auditiva	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2
. Ambiente	5	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Psico-sociais:										
. Segurança econômica	-	-	-	-	-	-	-	-	8	8
. Amor	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
. Educação para a saúde	12	4	7	-	9	39	-	59	-	130
. Recreação	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4
. Auto-realização	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
. Auto-imagem	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
. Atenção	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
TOTAL										260

ANEXO 4

Quadro 3. Número de vezes que as necessidades humanas básicas foram afetadas em função dos problemas dos diferentes grupos considerados na amostra C.

PROBLEMAS Necessidades afetadas	Habit. e Ambien.	Limp. corp.	Revest. cutaneo mucoso	Org. dos sent.	Apar. card. resp.	Apar. dig.-	Apar. genit. urin.	Fis. e ment. relac. com a gestação	Queixas	Total
Psico-biológicas:										
. Higiene	-	42	3	-	-	-	-	-	-	45
. Eliminação	-	-	-	-	-	18	-	-	-	18
. Sono e repouso	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3
. Exercício e ativid. físicas	16	-	-	-	-	-	-	-	-	16
. Sexualidade	-	-	-	-	-	-	4	-	1	5
. Habitação	17	-	-	-	-	-	-	-	-	17
. Integridade cutaneo-mucosa	-	-	3	-	-	6	6	-	-	15
. Integridade física	-	-	2	-	5	40	2	26	3	78
. Regulação hormonal	-	-	1	-	-	-	4	-	1	6
. Regulação eletrolítica	-	-	-	-	-	-	3	-	-	3
. Regulação imunológica	-	-	-	-	-	-	-	6	-	6
. Regulação vascular	-	-	-	-	18	-	-	-	-	18
. Percepção olfativa	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
. Percepção visual	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
. Percepção auditiva	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
. Ambiente	10	-	-	-	-	-	-	-	-	10
. Nutrição	-	-	-	-	-	-	-	7	-	7
Psico-sociais:										
. Segurança emocional	-	-	-	-	-	-	-	4	1	5
. Segurança econômica	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4
. Liberdade	3	-	-	-	-	-	-	-	-	3
. Comunicação	6	-	-	-	-	-	-	-	-	6
. Educação para a saúde	25	42	7	-	-	40	10	101	-	225
. Gregária	6	-	-	-	-	-	-	-	-	6
. Auto-imagem	-	-	2	-	-	-	-	4	-	6
TOTAL										507

ANEXO 5

Quadro 4. Número de vezes que as necessidades humanas básicas foram afetadas em função dos problemas dos diferentes grupos considerados na amostra D.

PROBLEMAS Necessidades afetadas	Habit. e Ambien.	Limp. corp.	Revest. cutaneo mucoso	Org. dos sent.	Apar. card. resp.	Apar. dig.	Apar. genit. urin.	Fis. e ment. relac. com a gestação	Queixas	Total
Psico-biológicas:										
. Oxigenação	-	-	-	-	3	-	-	-	-	3
. Eliminação	-	-	-	-	-	9	3	-	-	12
. Exercício e atividades físicas	-	-	-	-	-	-	-	-	16	16
. Sexualidade	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
. Habitação	16	-	-	-	-	-	-	-	-	16
. Integridade cutaneo-mucosa	-	-	21	-	-	-	2	-	-	23
. Integridade física	-	-	-	-	2	45	16	33	17	113
. Regulação eletrolítica	-	-	-	-	5	-	-	1	-	6
. Regulação vascular	-	-	-	-	11	-	-	-	-	11
. Percepção olfativa	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
. Percepção visual	-	-	-	8	-	-	-	-	-	8
. Percepção auditiva	-	-	-	5	-	-	-	-	-	5
. Percepção gustativa	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
. Ambiente	14	-	-	-	-	-	-	-	-	14
. Terapêutica	-	-	-	-	-	-	-	30	-	30
Psico-sociais:										
. Segurança emocional	-	-	-	-	-	-	-	-	8	8
. Segurança econômica	-	-	-	-	-	-	-	-	23	23
. Amor	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4
. Liberdade	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
. Educação para a saúde	3	27	21	15	21	54	18	102	18	279
. Gregária	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
. Recreação	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5
. Espaço	3	-	-	-	-	-	-	-	-	3
. Aceitação	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
. Auto-realização	2	-	-	-	-	-	-	-	5	7
. Participação	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5
. Atenção	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
TOTAL										608