

---

# **DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EM PRIMIGESTAS: PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL<sup>1</sup>**

## ***SELF-CARE DEFICIT IN PRIMIGESTAS: PROPOSAL FOR NURSING ASSISTANCE IN THE PRENATAL***

## ***DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN PRIMIGESTAS: PROPUESTA DE ASISTENCIA EN ENFERMERÍA PRENATAL***

MARIA DO CARMO ANDRADE DUARTE DE FARIAS<sup>2</sup>  
TERÊSA NEUMANN ALCOFORADO COSTA<sup>3</sup>

---

*Trata-se de um estudo exploratório descritivo, baseado no Modelo Teórico de Orem. Teve como propósito identificar déficits de autocuidado em primigestas e desenvolver uma proposta de assistência de enfermagem para o pré-natal, a partir dos déficits de autocuidado encontrados. A amostra foi composta por um grupo de 36 primigestas atendidas em um Serviço de Assistência Pré-natal. Os dados foram coletados através da técnica de entrevista estruturada. Os resultados permitiram que fossem identificados déficits de autocuidado em primigestas, principalmente relacionados com a alimentação, com o preparo para o parto e com o estado emocional, decorrentes de fatores, como: baixo nível econômico, idade, fatores sociais e psicológicos e deficiência na assistência individualizada à saúde. No final, foi elaborada uma proposta de assistência de enfermagem embasada no Modelo Teórico de Orem, para a qual o sistema de enfermagem Apoio-educativo e os métodos de ajuda: orientação, apoio, ensino e promoção de ambiente de desenvolvimento foram selecionados, com a finalidade de se compensar os déficits do autocuidado.*

**PALAVRAS CHAVE:** Déficit de autocuidado; Assistência perinatal; Primigestas.

---

*This exploratory descriptive study is based on Orem's Theoretical Model. Its purpose was to identify self-care deficits in primigestas and to elaborate a proposal consisting of nursing prescriptions based on the clients' self-care deficits. The sample consisted of 36 primigestas who attended the Prenatal Service. The data were collected through semi-structured interviews. The principal self-care deficits identified in the study were in the areas of nutrition, preparation for labor and the emotional state. These were related to low socio-economic level, age, socio-psychological factors and lack of individualized health care. Following the identification of these factors, a supportive-educative proposal for nursing assistance (orientation, support and the promotion of a developmental environment) based on Orem's Self-care Deficit Theory was selected toward an end of compensating for the self-care deficits.*

**KEY WORDS:** Self-care deficit; Prenatal assistance; Primigestas.

---

*Se trata de un estudio exploratorio descriptivo basado en el modelo teórico de Orem. Tuvo el propósito de identificar déficit de autocuidado en primigestas y desarrollar una propuesta de asistencia de enfermería para el prenatal, a partir de los déficit de autocuidado encontrados. La muestra se compuso de un grupo de 36 primigestas atendidas en un servicio de asistencia prenatal. Los datos fueran colectados a través de la técnica de citas estructuradas. Los resultados permitieron identificar déficit de autocuidado en primigestas, en especial referentes a la alimentación, el preparo para el parto y el estado emocional motivados por factores como: bajo nivel económico, edad, factores sociales y psicológicos y la deficiencia en la asistencia individualizada a la salud. Al fin, se elaboró una propuesta de asistencia de enfermería embasada en el modelo teórico de Orem, para el cual el sistema de enfermería Apoyo-Educación y los métodos de ayuda: orientación, apoyo, enseñanza y promoción de ambiente desarrollando fueran seleccionados con la finalidad de compensar los déficit de autocuidado.*

**PALABRAS LLAVE:** Déficit de autocuidado; Asistencia prenatal; Primigestas.

---

<sup>1</sup> Resumo da Dissertação de Mestrado em Enfermagem – UFPB / CCS, apresentada em 1998.

<sup>2</sup> Docente da UFPB / CFP/ Campus V, Mestre em Enfermagem, Doutoranda da UFC/Ce. Rua Valdeci H. Dias, 64/402 Bancários João Pessoa-PB

<sup>3</sup> Docente da UFPB / CCS / Campus I, Mestre em enfermagem, Orientadora.

## INTRODUÇÃO

Uma assistência inadequada à mulher, durante a gestação, gera sérias conseqüências, a exemplo da mortalidade materna. No entanto, o pré-natal devidamente realizado pode reduzir riscos e agravos à vida da mãe e da criança e à mortalidade infantil, que é também um dado agravante no Brasil, como revela o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF (1995).

A gestação é um evento peculiar na vida da mulher, que sobrecarrega o seu estado geral, tornando-a mais susceptível a doenças. Por essa razão, a enfermeira deve considerá-la uma excelente oportunidade para promover a saúde e educação da cliente em relação ao autocuidado (Viçosa et al., 1992; Ziegel & Cranley, 1985). De acordo com os dados obtidos sobre as necessidades da gestante, ela deve ser orientada, incentivada e ajudada a realizar o autocuidado (AC) necessário para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. Ressalte-se a relevância dessas intervenções, tendo em vista que um outro ser está sendo formado em seu ser e que, se esses cuidados não forem efetivados, mãe e filho correm risco de vida (Brasil, 1994).

Identificar as deficiências das gestantes para o AC é imprescindível, uma vez que elas serão a base norteadora para as prescrições de enfermagem. Em conseqüência, o acompanhamento das gestantes será eficaz, pois as ações serão voltadas para suas peculiaridades, visando à redução

dessas deficiências, podendo-se, assim, reduzir o índice de morbimortalidade materna. Desse modo, surgiu nossa identificação com o tema e o desejo de realizar um estudo que permitisse utilizar o modelo teórico de Orem, avaliando o autocuidado das gestantes. Nesta pesquisa, elaboramos uma proposta de assistência de enfermagem, considerando as especificidades individuais e grupais das mulheres na primeira gestação, relacionadas com suas habilidades em reconhecer e realizar cuidados em seu próprio benefício.

## OBJETIVOS

Identificar os déficits de autocuidado universal e de desenvolvimento nas primigestas e elaborar uma proposta de assistência de enfermagem, visando à educação e o apoio das primigestas para o alcance do AC, a partir dos déficits de AC encontrados.

## O MODELO TEÓRICO DE OREM E A GESTAÇÃO

A estrutura conceitual do Modelo Teórico de Orem permite ao enfermeiro o entendimento dos aspectos pertinentes à eficácia da assistência, na gestação, o que conduz a uma ação voltada para o apoio do autocuidado. Dessa forma, a **Figura 1** demonstra a aplicação do Modelo Teórico de Orem, no período gestacional.

**FIGURA 1** – MODELO ESQUEMÁTICO DA INTER-RELAÇÃO DO MODELO TEÓRICO DE OREM E A ASSISTÊNCIA A PRIMIGESTA NO PRÉ-NATAL

Os requisitos de AC **universal** dizem respeito às necessidades básicas comuns às gestantes, tais como: água, alimentação, eliminação e excreção, equilíbrio entre atividade e descanso, padrão da sexualidade, equilíbrio entre solidão e interação social, prevenção de riscos para sua vida e seu bem-estar. Já os **de desenvolvimento**, no presente estudo, dizem respeito aos possíveis fatores relacionados com o desenvolvimento da gestação, tais como: aspectos relacionados ao planejamento, descoberta e continuidade/tentativa de interrupção da gravidez; uso e razões do uso de medicamentos na gestação, tipos de exames realizados durante a gestação e período de realização destes; comparecimento às consultas marcadas; tristeza e/ou choro na gestação; percepção da gravidez; preparo para o aleitamento materno e para o parto.

Por meio do Processo de Enfermagem de Orem, os déficits provenientes do desequilíbrio entre a exigência terapêutica para o AC e a capacidade da gestante para o mesmo definem o sistema de enfermagem “apoio educativo” e o método de assistência de enfermagem “ensino, apoio e promoção de um ambiente de desenvolvimento”, para que sejam satisfeitos os requisitos de autocuidado da gestante, tornando-a agente de cuidado terapêutico, cooperando, assim, com a manutenção de sua vida, saúde e bem-estar na gestação.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa – qualitativa, utilizando-se o Modelo Teórico de Orem, desenvolvida em uma Unidade de Saúde localizada em Cajazeiras, Paraíba. A população do estudo se constituiu de 36 primigestas que realizaram o acompanhamento pré-natal na referida Unidade de Saúde. A amostra do estudo foi não probabilística, por acessibilidade. Para a coleta de dados utilizamos a técnica de entrevista, com roteiro estruturado e sistema de gravação. Realizamos a coleta de dados com o consentimento das gestantes, respeitando os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos e as normas preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução Nº 196/96 (Brasil, 1996). A análise dos dados foi quantitativa, com elementos qualitativos, tendo procedido à adaptação da análise qualitativa, proposta por Lüdke & André (1986), buscando, na análise dos discursos das gestantes, identificar

<sup>4</sup> Apenas 3 gestantes tinham renda familiar acima de 3 SM, não ultrapassando 6 SM.

deficits no Requisito de AC de Desenvolvimento e agrupá-los conforme os diagnósticos de enfermagem a que se referiam. A partir dos déficits de AC identificados (diagnósticos de enfermagem), procedemos à elaboração da proposta de assistência de enfermagem.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### Caracterização da População

O estudo evidenciou que 25 (69,4%) das primigestas encontravam-se na adolescência, com idade menor ou igual a 19,11 anos. Quanto à escolaridade, 31 (86,1%) primigestas tinham o 1º grau incompleto (predominando a 1ª fase incompleta) e 5 (13,9%) possuíam escolaridade superior ou igual ao 1º grau. Quanto à relação peso/altura/idade gestacional (RPAIG), variável que revela o estado nutricional das gestantes, segundo a curva de Jelliffe (Brasil, 1988), o peso de 27 (75%) gestantes era inadequado para a idade gestacional (IG). Em relação à renda familiar, 19 (52,8%) tinham renda inferior ou igual a 1 SM e 17 (47,2%) tinham renda superior ou igual a 1,1 SM<sup>4</sup>. Quanto à procedência, 22 (61,1%) procediam da zona urbana e 14 (38,9%) da zona rural.

Estabelecendo-se a relação entre as variáveis idade, escolaridade, renda, procedência, consideradas como fatores de riscos associados ao AC na gestação, com a RPAIG, merecem destaque os achados, onde primigestas adolescentes, em sua maioria (19/25), tinham peso inadequado e primigestas com o 1º grau incompleto, em sua maioria (24/31), tinham baixo peso.

Dentre as gestantes da faixa etária menor ou igual a 19,11 anos, 20 (80%) eram casadas e 5 (20%) solteiras. Das da faixa etária superior ou igual a 20 anos, 8 (72,8%) eram casadas e 3 (27,2%) solteiras.

### Requisitos de AC Universal

- **Ingestão de líquidos** – Todas as primigestas mantinham uma ingestão suficiente de líquidos, variando entre 2 a 2,5 litros de líquidos por dia.
- **Ingestão de alimentos** – As primigestas evidenciavam uma *nutrição alterada: ingestão menor que as necessidades corporais*.

- **Eliminação e excreção** – Não encontramos nenhum déficit na eliminação de urina. Quanto à eliminação de fezes, 14 gestantes queixaram-se de mudanças na frequência e características das fezes, relatando sintomas característicos de constipação intestinal.
- **Sono e repouso** – 12 gestantes tinham dificuldades de satisfazer as necessidades de sono e repouso, por diversas razões, a exemplo do depoimento a seguir:

*Por causa que eu sinto muita dor na coluna, aí quando eu vou dormir é com muita dificuldade. G3*

A enfermeira precisa esclarecer à gestante que não são incomuns nem graves, na gestação, sintomas, como a dor lombar, câimbras, dor abdominal e insônia. Deve orientá-la para encontrar a posição mais confortável para dormir, para tomar medidas que promovam relaxamento e sono, e para evitar movimentos repentinos e bruscos (Burroughs, 1995; Ziegler & Cranley, 1985).

- **Padrão da sexualidade** – No relacionamento com o marido, a gravidez interferiu em nove gestantes, tendo duas referido a mudança positiva no comportamento do companheiro para com elas e cinco, a separação com o companheiro, conforme evidenciado nos depoimentos a seguir:

*Ele ficou melhor, mais carinhoso, sei lá. Fica preocupado comigo. G32*

*Ele falou para eu ir no médico e ver se havia possibilidade de aborto (pausa) eu falei que não fazia. Vim pra cá, fiquei aqui e ele ficou pra lá. Preferiu assim. G9*

No casamento, “a gravidez pode levar a maiores níveis de integração e aprofundamento no relacionamento do casal”, como é expresso no primeiro depoimento (G32), “mas, por outro lado, pode romper uma estrutura frágil e neuroticamente equilibrada” (Maldonado, 1976, p. 15).

Duas referiram a mudança na atividade sexual, conforme depoimento a seguir:

*Eu abusei ele, eu entoei ele. Às vezes ele me procura, mas eu num quero não. G18*

Kaplan, Sadock & Grebb (1997) afirmam que o comportamento sexual entre as gestantes é variado. Em algumas, o impulso sexual é aumentado, em outras é diminuído ou perdido completamente, em virtude do desconforto físico ou por elas associarem a maternidade com assexualidade. Os achados evidenciam que a gravidez causou déficit (demanda) na manutenção do padrão da sexualidade resultando em “padrão da sexualidade alterado” em sete gestantes.

- **Solidão e interação social** – Seis gestantes afirmaram que a gravidez interferiu no relacionamento com as demais pessoas. Destas, uma referiu que a gravidez favoreceu as amizades, enquanto as demais (gestantes solteiras) enfrentaram o preconceito e se isolaram, conforme depoimento:

*Eu só saio praqui. Pra mim não interessa mais não. O que interessa agora é a minha filha que vai nascer. G26*

Esse depoimento reflete claramente as carências e dificuldades vivenciadas por essa gestante, no seu dia-a-dia. Para não enfrentarem o preconceito, elas usam mecanismos de defesa, como introversão e passividade que, segundo Caplan, citado por Maldonado (1976), constituem características emocionais peculiares da gravidez. Esses dados revelam um desequilíbrio entre a solidão e a interação social, em cinco gestantes, o que resultou em isolamento social.

- **Prevenção de riscos para a vida e bem-estar** – Quanto aos vícios, nenhuma das gestantes fazia uso de álcool, porém, oito eram tabagistas. Sobre o conhecimento dos riscos do fumo para a gravidez, duas destas gestantes afirmaram que os desconheciam e seis conheciam, porém, suas respostas demonstravam que não eram estimuladas, nem conscientizadas da importância de abandonarem o vício.

## Requisitos de AC de Desenvolvimento

- **Aspectos relacionados com o planejamento e continuidade/interrupção da gravidez** – 19

gestantes não planejaram a gravidez, devido a fatores, como: baixo nível socioeconômico e educacional e o desconhecimento sobre concepção e métodos anticoncepcionais, como ilustra o seguinte depoimento:

*Eu soube que tava grávida porque não veio a menstruação. Eu não sabia nem que podia ter filho, nunca tomei nada. G15*

Das gestantes cujas gestações não foram planejadas, quatro tentaram interrompê-la, provocando o aborto. Os achados evidenciam a ocorrência de **déficit de conhecimento** sobre o planejamento da gravidez, em 19 gestantes e **déficit de conhecimento** sobre os riscos de utilização de práticas (populares) de interrupção da gravidez, em quatro delas.

- **Uso de medicamentos na gestação** – 13 delas não tomaram nenhuma suplementação de vitamina ou mineral. Considerando a ingestão nutricional inadequada destas gestantes em pelo menos um dos nutrientes, todas elas deveriam receber uma suplementação destes, através de vitaminas e sais minerais, a fim de prevenir agravos à saúde da mãe e do concepto (Fonseca, 1995; Rezende & Coslovsky, 1995). Esses achados evidenciam uma **deficiência na assistência individualizada à saúde**, relacionada com a falta de suplementação medicamentosa de vitaminas e sais minerais. Isso demonstrou a falta de resolutividade do serviço que as atendia.
- **Tipos de exames realizados durante a gestação** – Cinco gestantes não fizeram exames, devido à falta de recursos para o acesso ao laboratório. O apoio laboratorial mínimo para a realização de exames de rotina é uma das condições para uma assistência pré-natal efetiva e toda unidade de saúde deve garantir a efetivação desses exames (Brasil, 1988). Essas gestantes recebiam uma assistência inadequada, pela indisponibilidade de recursos, eram privadas do direito à saúde, apesar de ser esse constitucional e de o acompanhamento de todas as gestantes no pré-natal ser uma meta do Ministério da Saúde.

A adequação e a disponibilidade de recursos fazem parte dos fatores condicionantes básicos para o AC (Orem, 1995). Pela Lei Orgânica da Saúde, Nº 8.080, Art. 2º e 3º, um dos fatores determinantes da saúde é o acesso aos bens e serviços essenciais. Sendo assim, a indisponibilidade de recursos gerou **deficiência na assistência individualizada à saúde** das gestantes, devido à falta de resolutividade do serviço que as atendia (Santos, 1995).

- **Comparecimento às consultas marcadas** – Apenas uma gestante não compareceu a alguma consulta marcada, alegando que não quisera, que lhe faltara coragem, o que revelou uma recusa deliberada ao pré-natal.
- **Tristeza e / ou choro na gestação** – 29 gestantes tinham momentos de tristeza e/ou choro na gestação. No tocante às **razões** desses momentos, constatamos a seguinte realidade:
  - \* Em 25 gestantes ficou evidente a **labilidade emocional**, como expressa o depoimento abaixo:

*É sem vê nem pra quê. Essa semana mesmo me deu um chororô tão grande, ninguém podia falar comigo que eu já tava chorando. G33*

Para Ziegel & Cranley (1985) a labilidade ou instabilidade emocional no período gestacional, ocorre devido à interação de diversos fatores: preocupação, alterações hormonais, o impacto da gravidez, causando o aumento da sensibilidade e irritação na mulher, o que não representa anormalidade.

- Em duas gestantes ficou evidente déficit de equilíbrio no estado emocional, gerando **medo** do parto e **preocupação** com a criança, fatos observados nos depoimentos a seguir:

*Quando eu imagino, o primeiro, não sei como é, tenho medo de morrer. G6*

*É assim no momento que eu tô mais só, também assim, aquele pessimismo: Ah meu Deus será que eu vou ter normal? Será que minha filha vai ser normal? Fico imaginando o dia, a hora, quando é que vai nascer, tanta coisa. Será que a gente vai e volta, né? Mais é porque é a primeira vez. G30*

Para Maldonado (1976), o parto constitui um momento crítico, pois é imprevisível, desconhecido e incontrollável e, por isso, gerador de ansiedade e medo. A noção da proximidade do parto intensifica e exacerba a ansiedade. Conforme Soifer (1980, p. 42) “o temor à morte no parto adquire características intensas, em geral inconscientes”.

- Em 2 gestantes foi evidenciado déficit na resolução de problemas, o que revelava **conflito de decisão**, como pode ser exemplificado abaixo:

*Às vezes quando eu penso que eu não tenho mãe, como é que eu vou criar a criança. Muita gente pede pra eu dar e eu não tenho coragem. Eu não tenho condição. G27*

Pelos dados, essas gestantes eram solteiras e sua gestação não planejada, fruto de uma relação eventual. Raphael-Leff (1997, p. 15) corrobora esses achados, ao afirmar que “algumas vezes a gravidez é resultado de estupro ou de uma relação casual e envolve agoniantes decisões quanto a ficar com o filho, fazer um aborto ou entregá-lo para adoção”. O conflito de decisão vivenciado por essa gestante é gerador de ansiedade e incerteza quanto a revelar a gravidez a seus pais e / ou entregar o filho para adoção. Nesses casos, a gestante precisa de ser encorajada a enfrentar a realidade e buscar o apoio dos seus familiares e das pessoas significativas para ela.

- **Percepção da gravidez** – Encontramos sentimentos de **felicidade, prazer, realização, amor e bem-estar** frente à gestação e à maternidade, em 16 gestantes que eram casadas, com gestação desejada, mesmo quando não planejada. Para quatro gestantes, a gravidez era considerada uma **experiência, um aprendizado, uma mudança de vida**, o que está evidenciado nos depoimentos abaixo:

*Representa tudo (pausa), representa uma coisa boa que houve na minha vida. (...) Essa gravidez mudou tudo. Coisas que eu não sabia, aprendi. G12*

*Pra mim é uma coisa ótima. Hoje ela é ótima porque através dessa gravidez eu me afastei de várias coisas que eu fazia errado e fiquei mais perto dos meus pais. G18*

Em todos os depoimentos dessas gestantes, o *pano de fundo* da gestação constitui-se de uma satisfação e uma alegria, mas, acima de tudo, se traduz em uma experiência geradora de aprendizado e mudança de atitudes, como revelam as falas de G12 e G18. Para Raphael-Leff (1997, p. 34), “num nível profundo, inconsciente, a mulher grávida paira entre mundos interiores e exteriores, em encruzilhadas do passado, presente e futuro; ela própria e outra”.

Algumas gestantes revelaram **expectativas** e sentimentos de **ansiedade e medo**:

*Ah, muita alegria. Eu penso direto. Eu pra mim vejo ele em casa já. Eu passo o dia olhando as coisas já compradas. Meu medo é de ter. O povo diz que não faz medo, mas eu fico pensativa. G7*

(expectativa alegre em relação à criança e medo do parto)

*É muita felicidade. Eu penso como será o filho. Eu paro pra pensar, eu penso mais na criança do que em mim. Eu me preocupo mais é como vai ser a vida dessa criança. Ela representa muito orgulho. Saber que eu posso ter um filho, saber que eu posso colocar um filho no mundo e fazer algo por ele. G3*

(expectativa alegre em relação à criança e ansiedade)

*Eu me sinto tão vazia, eu tenho até medo da criança nascer com algum problema, (...). Assim, essa gravidez representa muito, um filho representa muito. G9*

(medo de a criança nascer com problema)

O depoimento de G7 revela o medo do parto. As demais (G3 e G9), apesar de referirem satisfação com a gestação, demonstraram, por suas falas e gestos no momento da entrevista, tristeza e preocupação com o futuro. Verificando os dados de caracterização dessas depoentes, constatamos que G7 era casada e as demais, solteiras, sem o apoio dos familiares. Para Burroughs (1995), o apoio dos familiares e de pessoas próximas é um fator que contribui para uma resposta psicológica positiva, frente à gravidez.

No depoimento de uma das gestantes ficou expresso déficit na resolução de problemas, evidenciando **conflito de decisão**, o que pode ser visto a seguir:

*Eu me sinto tão vazia. (...). Eu não sei se é porque tô entregando a uma pessoa. Assim, essa gravidez representa muito, um filho representa muito. G9*

O conflito de decisão dessa gestante é gerador de sentimentos ambivalentes. Embora para G9 a gravidez representasse muito, ela se sentia vazia. Ela nos parecia estar envolvida emocionalmente com a criança, mesmo sentindo-se obrigada a entregá-la para adoção, devido ao seu baixo nível econômico. Ou seja, a função social da maternidade, em G9, foi modificada consideravelmente em função de suas condições sociais (Serrurier, 1993). Além da baixa condição social, G9 era solteira e não tinha o apoio dos familiares, como foi revelado em seu depoimento, no item tristeza e / ou choro na gestação, onde todos estes fatores definiam seu conflito de decisão.

Registramos, também, o sentimento de **negação** à criança, em uma das gestantes:

*Sei lá, eu quero. Já tá aqui, tenho que aceitar.* G15

No momento da entrevista, seus gestos e expressões indicavam rejeição à criança, apesar de, em seu depoimento, ela afirmar que queria a gravidez, o que parecia mais uma imposição, pois ela não demonstrou nenhum envolvimento emocional e afetivo com a mesma, ou seja, a sua gravidez indesejada vingou, apesar da sua oposição interior (Raphael-Leff, 1997). Em relação a seu estado civil e fase da vida, G15 era solteira e adolescente, fatores que pareciam interferir em sua percepção quanto à gravidez. O déficit de equilíbrio no estado emocional de G15 gerava **negação** à criança. Se as gestantes que apresentam esse déficit não forem apoiadas emocionalmente e esclarecidas quanto à importância de seu envolvimento emocional, aliado ao racional, conscientes das responsabilidades futuras com a criança, isso pode redundar em superproteção ou violência e maus tratos à criança (Serrurier, 1993).

Para outras gestantes, a satisfação com a gravidez representava **risco para maternidade alterada**, resultado de um déficit na compreensão do papel materno-filial, gerando **expectativas irreais** para o filho, tais como, percepção da **criança como brinquedo**, em cinco gestantes; como **posse, bem, presente**, em duas delas; como uma **companhia**, em duas outras; como uma **perspectiva de melhoria para o futuro**, em uma outra, o que pode ser detectado nos depoimentos abaixo:

*Essa gravidez representa muita coisa. A gente tá sozinha, sem ter uma criança pra gente brincar com ele, se divertir. Sempre uma criança é bem vinda.* G1

*É bom pra mim. Vai ser a única pessoa que eu vou ter no mundo pra mim.* G17

*Pra mim é tudo na minha vida agora. Por caso que ela vai ser a minha sorte quando nascer. Nascer com saúde, né? Quando crescer vai ser alguma coisa pra me ajudar, né? Algum futuro na minha vida.* G26

- Preparo para o parto e o aleitamento materno  
**Parto** – 34 gestantes não receberam orientações sobre o parto. Apenas duas tinham recebido algum tipo de orientação: uma recebeu orientação da sua mãe e a outra de uma agente de saúde. Todas elas desejavam ser orientadas para o parto.  
**Aleitamento materno** – 31 gestantes receberam orientação para o aleitamento materno e cinco disseram que não haviam recebido essa orientação. As que não a receberam demonstraram o desejo de ser orientadas, verbalizando dúvidas quanto ao cuidado com a criança e uma amamentação eficaz, dentre outras.

O estudo revelou **déficit de conhecimento sobre o parto e o aleitamento materno**.

## PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Aqui é exposto o plano de ação de enfermagem para a primigesta, durante o pré-natal. Nele estão contidas as prescrições para os déficits de AC (diagnósticos de enfermagem – DE) mais expressivos da amostra pesquisada, bem como as metas e objetivos a serem alcançados, o sistema de enfermagem e os métodos de ajuda, a fim de que os requisitos de AC universal e de desenvolvimento das primigestas possam ser atendidos:

- **Nutrição alterada: ingestão menor que as necessidades corporais, relacionada com o baixo nível socioeconômico (DE): meta** – diminuir o déficit para alimentação, levando a gestante a reconhecer a importância dos nutrientes para o desenvolvimento normal da gestação e para sua saúde; **objetivo** – orientar a

gestante sobre a importância dos nutrientes para a gestação e a sua saúde; **sistema de enfermagem**<sup>5</sup> – apoio-educativo; **método de ajuda** – orientação, através de palestras, usando álbum seriado, folhetos explicativos e exposição de vídeos; **prescrição de enfermagem** – proporcionar<sup>6</sup> às gestantes um ambiente terapêutico seguro com relações interpessoais positivas para receber as orientações (A)<sup>7</sup>; – estimular<sup>6</sup> as gestantes na tomada de consciência de si mesmas, como agentes do autocuidado terapêutico nas suas necessidades fisiológicas, universais e de desenvolvimento (B); – fazer um levantamento dos alimentos consumidos pelas gestantes, diariamente, a fim de se detectar erros ou hábitos alimentares inadequados (B); – orientar as gestantes sobre a importância dos nutrientes para o desenvolvimento da gestação e para a sua saúde (B); – fornecer, às gestantes, uma lista de alimentos que supram suas necessidades nutricionais diárias, na gestação (B); – ajudar as gestantes a selecionar aqueles alimentos que supram suas necessidades nutricionais, conforme seu poder aquisitivo e preferências alimentares (B, E, C); – ajudar as gestantes a corrigir hábitos alimentares prejudiciais a sua saúde (B, C).

- **Constipação relacionada com alterações anátomo-fisiológicas, decorrentes da gravidez e de hábitos alimentares (DE): meta** – diminuir o déficit para excreção, levando a gestante a conhecer as modificações anátomo-fisiológicas decorrentes da gravidez, que causam constipação e a importância da mudança nos hábitos alimentares; **objetivo** – orientar a gestante sobre as modificações anátomo-fisiológicas decorrentes da gravidez que causam constipação e a importância da mudança nos hábitos alimentares; **método de ajuda** – orientação e ensino, através de palestras; **prescrição de enfermagem** – esclarecer as gestantes que a constipação é fisiológica, na gravidez, e que pode ser

agravada quando já existente (B); – informar as gestantes sobre a importância da ingestão de alimentos ricos em fibras, para o funcionamento do intestino (B); – fornecer, às gestantes, uma lista de alimentos ricos em fibras, encorajando-as para a sua ingestão (B); – esclarecer as gestantes sobre a importância de se estabelecer um horário regular para a evacuação (B); – esclarecer as gestantes sobre a importância da atividade física (a exemplo da caminhada), para o funcionamento do intestino (B).

- **Distúrbio no padrão do sono, relacionado com estresse psicológico e mudanças físicas decorrentes da gravidez (DE): meta** – diminuir o déficit do descanso, levando a gestante a conhecer as modificações anátomo-fisiológicas decorrentes da gravidez, que causam esse déficit e a expressar seus temores; **objetivo** – orientar a gestante sobre as modificações anátomo-fisiológicas decorrentes da gravidez, que causam esse déficit e sobre a importância de expressar seus temores; **método de ajuda** – orientação e ensino, através de palestras; **prescrição de enfermagem** – esclarecer as gestantes que sintomas, como a dor lombar, câimbras, dor abdominal e insônia não são incomuns nem graves na gestação, para que elas não se mostrem apreensivas (B, P); – orientar as gestantes a encontrar a posição mais confortável para dormir e quanto a medidas que promovam relaxamento e sono (B, P) – encorajar as gestantes a expressarem seus temores, orientando-as, conforme o necessário (P).
- **Padrão da sexualidade alterado, relacionado com alteração biopsicossocial da sexualidade (DE): meta** – diminuir o déficit no padrão da sexualidade, levando a gestante a conhecer suas possíveis causas, na gravidez, através da expressão dos seus problemas e dificuldades; **objetivo** – orientar a gestante a conhecer as possíveis causas desse déficit, na gravidez, através da expressão de seus

<sup>5</sup> Em todos os Diagnósticos de Enfermagem (DE) o Sistema de Enfermagem é o Apoio-educativo.

<sup>6</sup> Prescrição necessária para todos os DE.

<sup>7</sup> Refere-se à prescrição considerando os aspectos ambiental (A), biológico (B), econômico (E), cultural (C) e psicológico (P).



- problemas e dificuldades, encorajando-a a enfrentá-los, na busca de solução; **método de ajuda** – orientação, ensino, apoio e promoção de um ambiente de desenvolvimento, com a formação de grupo de discussão; **prescrição de enfermagem** – formar grupos de discussão com as gestantes, estimulando-as a participarem, expressando seus problemas e dificuldades, e cooperar para que elas identifiquem as possíveis causas das mudanças no padrão da sexualidade, fornecendo-lhes apoio para que busquem soluções para os problemas (C).
- **Déficit de conhecimento relacionado com o fumo como fator de risco para a gestação (DE): meta** – diminuir o déficit de conhecimento sobre o fumo como fator de risco para a saúde; **objetivo** – orientar as gestantes sobre o fumo como fator de risco para a saúde; **método de ajuda** – orientação através de palestras, usando álbum seriado, folhetos explicativos e exposição de vídeos; **prescrição de enfermagem** – esclarecer as gestantes sobre as necessidades de autocuidado, orientando-as sobre os riscos do fumo, na gestação, para si e para a criança, a fim evitá-lo ou atenuá-lo (B).
  - **Déficit de conhecimento sobre concepção e métodos anticoncepcionais e preparo para o parto, relacionado com a falta de experiência prévia (DEs): meta** – diminuir o déficit de conhecimento sobre a concepção e métodos anticoncepcionais, e sobre o preparo para o parto; **objetivo** – orientar as gestantes sobre a concepção e métodos anticoncepcionais, e sobre o preparo para o parto; **método de ajuda** – orientação, através de palestras, usando álbum seriado, folhetos explicativos e exposição de vídeos; **prescrição de enfermagem** – esclarecer as gestantes sobre as necessidades de autocuidado, enfatizando orientações sobre concepção e métodos anticoncepcionais, para evitar gravidez indesejada (B); – incentivar as gestantes a expressarem suas dúvidas, dificuldades e anseios referentes ao parto, na busca de identificar os possíveis fatores que possam interferir no parto e orientá-las conforme suas necessidades (C, P); – esclarecer as gestantes sobre

as necessidades de autocuidado, preparando-as para o parto, enfatizando orientações sobre os sinais e sintomas, bem como comportamentos e atitudes durante o mesmo, a fim de que possam enfrentá-lo com habilidade, conhecimento e segurança, prevenindo-se contra riscos e complicações para si e para a criança (B).

- **Risco para maternidade alterada, relacionado com as expectativas irrealistas para a criança e com a falta de conhecimento das implicações da maternidade (DE): meta** – diminuir o déficit na manutenção do papel materno, através de esclarecimento das implicações da maternidade; **objetivo** – orientar as gestantes a conhecer as implicações da maternidade; **método de ajuda** – orientação, ensino, apoio e promoção de um ambiente de desenvolvimento, com a formação de grupo de discussão; **prescrição de enfermagem** – formar grupos de discussão com as gestantes, estimulando-as a participar, expressando suas expectativas em relação ao filho; nas discussões, enfatizar as implicações com a maternidade, a fim de evitar distorções na compreensão do papel materno (C, P).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo teórico de Orem constitui uma abordagem sistemática e lógica, capaz de ajudar a enfermeira a resolver problemas concernentes ao autocuidado da cliente gestante, que faz parte de um grupo ideal para que o processo de aprendizagem se realize.

Acerca dos resultados obtidos, identificamos déficits de autocuidado nos requisitos de autocuidado universal e de desenvolvimento, nas primigestas do estudo. Chamou-nos atenção o déficit de conhecimento sobre o preparo para o parto, em todas as primigestas estudadas, o que gerou tensão, ansiedade, preocupação e medo do parto, por não terem uma vivência prévia, bem como suas exigências emocionais não atendidas, revelando a necessidade do preparo dos profissionais que assistem a gestante, para que atendam essas exigências.

É provável que, para que a enfermeira atue junto à gestante visando ao autocuidado, considerando que a mesma tem condições e capacidade de decidir sobre ações de

prevenção de doenças e promoção da sua vida e bem-estar e a do conceito, é necessário ultrapassar a barreira biológica, pois o autocuidado é uma ação resultante do amor a si próprio e a seus dependentes, sendo resultado, também, da valorização da vida e da saúde. Assim, se a educação da gestante for pautada nos aspectos amorosos e humanísticos, irá cooperar, sem dúvida, para a sua adesão ao autocuidado.

Os resultados desta pesquisa evidenciam que muitos fatores que definem os déficits no autocuidado das gestantes estão inter-relacionados, como, entre outros, o baixo nível econômico, a idade, fatores sociais e psicológicos e até a própria deficiência na assistência individualizada à saúde, resultante da falta de resolutividade do serviço.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Brasília, 1996. 18 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação. **Assistência pré-natal**. 2. ed. Brasília, 1988. 43 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação. **Módulos das ações básicas de assistência integral à saúde da mulher e da criança**. Brasília, 1994. 73 p.
- BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 456 p.
- FONSECA, J. G. M. Nutrição na gravidez. In: ALVES FILHO, N.; CORRÊA, M. D. **Manual de perinatologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1995. Pt. 6, p. 49-65.
- UNICEF. Assistência pré e perinatal. In: \_\_\_\_\_ **Saúde e nutrição das crianças nordestinas: pesquisas estaduais 1987-1992**. Brasília, 1995.. p. 25-29:
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, J. S.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 1169.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.
- MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Petrópolis: Vozes, 1976. 118 p.
- OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 5. ed. St. Louis: Mosby, 1995. 477 p.
- RAPHAEL-LEFF, J. **Gravidez: a história interior**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 212 p.
- REZENDE, J.; COSLOVSKY, S. Repercussões da gravidez sobre o organismo materno. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. cap 8. p.131-159.
- SANTOS, G. I. C. L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis Nº 8.080/90 e 8.142/90)**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995. 394 p.
- SERRURIER, C. **Elogio às mães más**. São Paulo: Summus, 1993. 140 p.
- SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980. 124 p.
- VIÇOSA, G. et al. Programa de Assistência Integral à Gestante Adolescente (PAIGA). **R. C.: Martern., Inf. Ginec.**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 20-25, jan. / jun. 1992.
- ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. 696 p.

RECEBIDO: 10/8/2000

ACEITO: 17/9/2001