

DAS CONDIÇÕES DE APLICABILIDADE DA TEORIA
DO AUTOCUIDADO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
SONDAGEM JUNTO À PUÉRPERA DE PARTO EUTÓCICO

IVIS EMÍLIA DE OLIVEIRA SOUZA

TESE SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANA
NERI DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COMO PARTE DOS
REQUISITOS NECESSÁRIOS A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE.

APROVADO POR:

PROF.^a DR.^a CILEI CHAVES RHODUS
PRESIDENTE

PROF.^a DR.^a DELY GONÇALVES DE OLIVEIRA
1ª EXAMINADOR

PROF. DR. PEDRO ROGÉRIO FURLEY DOS SANTOS
2ª EXAMINADOR

RIO DE JANEIRO, RJ - BRASIL.

DEZEMBRO DE 1987

ORIENTADORA

PROF.^a DR.^a ELVIRA DE FELICE SOUZA

SOUZA, Ivis Emília de Oliveira

Das Condições de Aplicabilidade da Teoria
do Autocuidado em Enfermagem Obstétrica: —
Sondagem junto às Puérperas de Parto Eutóci
co. Rio de Janeiro, UFRJ, EEAN, 1987.

XX, 173 fls.

Tese: Mestre em Ciência da Enfermagem

1. Assistência de Enfermagem
2. Enfermagem Obstétrica
3. Autocuidado
4. Assistência de Saúde à Puérpera
5. Tese

I. Universidade Federal do Rio de Janeiro

EEAN

II. Título

" Se apenas ouço, - esqueço;
Se apenas vejo, - relembro;
Mas, se faço, - aprendo."

Autor Desconhecido

DEDICATÓRIA

Aos meus pais:

Iris e Sérgio

Ao meu esposo:

Valdomiro

Aos meus filhos:

Luiz Marcelo

Kátia Emília

Joyce Eliza e

Ivan Marcos

A minha prima:

Conceição,

tão queridos, tão amigos, tão companheiros e que tanto fizeram para tornar possível a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTO

Uma palavra, um gesto, um olhar, um fato, um ato ou ...
vários deles ajudaram na concretização deste trabalho.

Não desejo ser injusta esquecendo sequer a mais simples col
boração.

Assim, registro aqui meus sinceros agradecimentos a todos que,
de uma forma ou de outra, foram prestimosos.

"Conserva-te sempre fiel a ele no
tempo da sua tribulação, para que
também sejas o co-herdeiro na sua
herança."

Livro do Eclesiástico 22,29

R E S U M O

A autora apresenta um estudo realizado em maternidades do Município do Rio de Janeiro. O trabalho investiga a implantação de metodologia científica na assistência de enfermagem obstétrica, modelo teórico adotado, dificuldades e vantagens. Pretende também, verificar a possibilidade de aplicabilidade ou implementação da teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem, em Enfermagem Obstétrica, através do levantamento e análise das condições da clientela em consonância com os determinantes de atividade de autocuidado. A amostra consta de 18 instituições públicas que prestam atendimento obstétrico em regime de internação, e, 202 puérperas de parto eutócico. Os resultados indicam que um número reduzido de instituições utiliza alguma metodologia científica na assistência de enfermagem à cliente obstétrica. E, demonstram uma correlação, significativa e positiva, entre características obstétricas e determinantes de autocuidado. Sugere, dentre outras recomendações, um aprofundamento na questão metodológica assistencial e no enfoque teórico e prático do autocuidado da cliente obstétrica.

ABSTRACT

The author shows a study realized in maternity hospitals in the city of Rio de Janeiro. The work researches the implantation of the scientific methodology in the attendance of obstetrics nursing, theoretical pattern adopted, advantages and difficulties. Intends yet to verify the possibilities of applicability or implementation of the theory of self-care from Dorothea E.Orem, in obstetrics nursing, through the uprising and analysis of the conditions of the clientele, in consonance with the determinant of activity of self-care. The sample mentions 18 public institutions that performs attendance in internment's regimen, and 202 parturientes of eutocic childbirth. The results shows that a reduced number of institutions utilizes some scientific methodology in the nursing attendance to obstetric client. And show a correlation, positive and significative, between obstetric characteristics and determinants of self-care. Suggests, among other recomendations, a deepening in the methodologic topic and in the theoretical and practical emphasis of the obstetric client.

RÉSUMÉ

L'auteur présente une étude réalisée à des "Maternités" du Municipipe de Rio de Janeiro. Ce travail fait la recherche de l'établissement de la Méthodologie Scientifique à l'assistance des "Services Propres aux Infirmes Obstétriques, modèle théoricien adopté, difficultés et profits. Elle pretend, aussi, vérifier la possibilité de l'application ou implantation de la théorie de l'Autosoin ou Soins Propres de - Dorothea E. Orem - sur des "Services Propres aux Infirmes Obstétriques, par l'élévation et analyse des conditions de la clientèle, en consonance (harmonie) avec les lois qui déterminent les activités de l'"Autosoin". Le témoignage consiste en 18 Institutions Publiques qui prennent du soin obstétrique, en régime interne, et 202 femmes en couches en délivrance normale. Les résultats indiquent qu'un nombre réduit d'Institutions utilisent quelque Méthodologie Scientifique dans l'assistance des Services Propres aux Infirmes obstétriques. Et ils montrent un rapport, significatif et positif, en les caractéristiques obstétriques et les lois qui déterminent l'"Autosoin ou Soins Propres". Elle insinue, en d'autres conseils, d'examiner à fond, la question (le sujet) méthodologique d'assistance et de mettre en évidence théorique et pratique de l'Autosoin de la clientèle obstétrique.

Í N D I C E

	página
LISTA DE ANEXOS -----	xiii
LISTA DE TABELAS -----	xiv
LISTA DE QUADROS -----	xviii
LISTA DE FIGURAS -----	xx
CAPÍTULO	
I - O PROBLEMA	
. Considerações Gerais -----	1
. Formulação da Situação-Problema -----	9
. Objetivos do Estudo -----	12
. Justificativa -----	13
. Questões a Investigar -----	15
. Delimitação do Estudo -----	16
. Pressupostos Conceituais -----	17
. Fundamentação Teórica -----	18
. Organização do Restante do Estudo -----	31
. Referências Bibliográficas -----	32
II - METODOLOGIA	
. Natureza do Estudo -----	37
. Universo -----	38
. Amostra -----	39
. Instrumentos -----	41
. Coleta de Dados -----	41
. Tabulação e Tratamento Estatístico -----	43
. Referências Bibliográficas -----	44

CAPÍTULO	página
III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	
. Instrumento I - "DA INSTITUIÇÃO" -----	46
. Instrumento II - "DA CLIENTELA" -----	75
IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
. Instrumento I - "DA INSTITUIÇÃO" -----	105
. Instrumento II - "DA CLIENTELA" -----	117
. Referências Bibliográficas -----	128
V - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES -----	136
ANEXOS -----	141
BIBLIOGRAFIA -----	160

LISTA DE ANEXOS

	página
ANEXO	
1. Instrumento I - "DA INSTITUIÇÃO" -----	141
2. Instrumento II- "DA CLIENTELA" -----	148
3. Relação das Instituições Visitadas -----	154
4. Orientação sobre a Coleta de Dados -----	157
5. Critical values for the F test at one-sided level 99%, or two-sided level 98% -----	159

LISTA DE TABELAS

		página
TABELA 1	Distribuição percentual das instituições quanto à existência de serviço ambulatorial de assistência pré-natal -----	49
TABELA 2	Distribuição percentual das instituições segundo a origem ambulatorial da cliente la -----	50
TABELA 3	Distribuição percentual das instituições segundo o modelo adotado de prestação de cuidados de enfermagem -----	56
TABELA 4	Distribuição percentual das instituições segundo o sistema de assistência do setor de puerpério -----	57
TABELA 5	Distribuição percentual das instituições segundo a realização da consulta de enfermagem -----	58
TABELA 6	Distribuição percentual das instituições que realizam consulta de enfermagem segundo o tipo de consulta realizada -----	59
TABELA 7	Distribuição percentual das dificuldades enfrentadas face à sistematização da assistência de enfermagem -----	67
TABELA 8	Distribuição percentual das vantagens obtidas com a implementação da sistematização da assistência de enfermagem -----	67

TABELA 9	Distribuição percentual das instituições visitadas, segundo a oportunidade de realização do exame físico-obstétrico -----	69
TABELA 10	Distribuição percentual da opinião dos enfermeiros quanto a possibilidade da puérpera de parto eutócico responsabilizar-se pelo autocuidado ainda na maternidade -----	74
TABELA 11	Distribuição percentual das entrevistadas, segundo a faixa etária -----	76
TABELA 12	Distribuição percentual das entrevistadas, segundo o estado civil -----	76
TABELA 13	Distribuição percentual das entrevistadas, segundo a religião -----	77
TABELA 14	Distribuição percentual das entrevistadas, segundo o nível de escolaridade ----	79
TABELA 15	Distribuição percentual das entrevistadas, segundo as condições de moradia --	80
TABELA 16	Distribuição percentual das entrevistadas, segundo a estrutura física da moradia -----	80
TABELA 17	Distribuição percentual das entrevistadas segundo o número de cômodos da moradia -----	81

página

TABELA 26	Distribuição percentual da opinião das entrevistadas, segundo as causas que justificam a capacidade de autocuidar-se --	97
TABELA 27	Distribuição percentual da opinião das entrevistadas na explicitação da ajuda necessária -----	100
TABELA 28	Distribuição percentual da opinião das entrevistadas segundo a forma de prestação da ajuda necessária -----	101
TABELA 29	Distribuição percentual da opinião das entrevistadas segundo a preferência do agente prestador da ajuda necessária ----	102
TABELA 30	Distribuição percentual da opinião das respondentes segundo a possibilidade de responsabilizarem-se pelo próprio cuidado, ainda na maternidade -----	103
TABELA 31	Distribuição percentual da opinião das respondentes segundo as causas de possibilidade de autocuidarem-se, ainda na maternidade -----	104

TABELA 18	Distribuição percentual das entrevista - das segundo o número de pessoas por mo radia -----	81
TABELA 19	Distribuição percentual das entrevista - das segundo a informação da data da úl tima menstruação e frequência a serviços de acompanhamento pré-natal -----	83
TABELA 20	Distribuição percentual das entrevista - das segundo a informação de ocorrência desta gestação -----	84
TABELA 21	Distribuição percentual das entrevista - das segundo a informação de recebimento de orientação e do agente desta -----	85
TABELA 22	Distribuição percentual das entrevista - das segundo a informação de existência de nome escolhido e do autor da escolha-	87
TABELA 23	Distribuição percentual das entrevista - das segundo a informação e opinião sobre o agente prestador de cuidados ao bebê--	88
TABELA 24	Distribuição percentual das entrevista - das segundo a ocorrência e causa da ama mentação -----	89
TABELA 25	Distribuição percentual da opinião das entrevistadas segundo a capacidade de autocuidar-se durante o puerpério (res- guardo) -----	96

LISTA DE QUADROS

	página
QUADRO 1 Demonstrativo das instituições visitadas de acordo com a localização e a classificação hospitalar -----	47
QUADRO 2 Demonstrativo das instituições visitadas de acordo com o número total de leitos, leitos destinados à Obstetrícia, leitos reservados ao puerpério e tipo de puerpério -----	48
QUADRO 3 Demonstrativo da composição qualitativa das equipes de saúde nas unidades obstétricas das instituições visitadas -----	51
QUADRO 4 Demonstrativo da composição qualitativa da equipe de enfermagem nas unidades obstétricas das instituições visitadas ----	53
QUADRO 5 Demonstrativo da qualificação das enfermeiras nas unidades obstétricas das instituições visitadas -----	55
QUADRO 6 Demonstrativo do tipo de impresso utilizado para os registros de enfermagem e padronização destes nas unidades obstétricas das instituições visitadas -----	60
QUADRO 7 Demonstrativo da sistematização da assistência de enfermagem, referencial teórico utilizado e etapas do processo implantado nas unidades obstétricas das instituições visitadas -----	62

QUADRO 8	Demonstrativo de algumas informações adicionais acerca da etapa de coleta de dados da clientela assistida, nas unidades obstétricas das instituições visitadas--	65
QUADRO 9	Demonstrativo dos componentes da equipe de saúde que realizam o exame físico-obstétrico, segundo informação de enfermeiros das instituições visitadas -----	70
QUADRO 10	Demonstrativo da priorização das atribuições da enfermeira na unidade de puerpério, segundo a opinião de enfermeiros das instituições visitadas -----	71
QUADRO 11	Demonstrativo das necessidades humanas básicas alteradas no pós-parto, segundo as entrevistadas -----	90
QUADRO 12	Demonstrativo da ordenação de sensações autopercebidas no momento da entrevista-	91
QUADRO 13	Demonstrativo da ordenação e classificação de problemas e/ou desconfortos emergentes no pós-parto imediato e mediato--	92
QUADRO 14	Demonstrativo da ordenação de dúvidas existentes em relação ao autocuidado e ao cuidado do bebê -----	98
QUADRO 15	Demonstrativo da ordenação de informações adicionais que as respondentes gostariam de obter -----	99

LISTA DE FIGURAS

		página
FIGURA 1	Incidência de puérperas de parto eutócico, segundo as classes quinquêniais de idade -----	78
FIGURA 2	Evidência dos problemas e/ou desconfortos emergentes no pós parto, segundo as necessidades humanas básicas -----	93
FIGURA 3	Preponderância dos problemas e/ou desconfortos emergentes no pós parto face à classificação das necessidades humanas básicas de J. Mohana -----	94

CAPÍTULO I

O PROBLEMA

Considerações Gerais

A prática de enfermagem tem sido muito questionada, principalmente nas últimas três décadas, em virtude dos profissionais preocuparem-se em buscar uma forma de ação mais eficaz, pautada em metodologia científica. Revela-se pois, o problema da competência, reconhecida por VIEIRA, ROMAN & LUCKESI¹ como um "...processo ininterrupto de aperfeiçoamento..." do profissional na intenção do aprimoramento do seu desempenho. A Enfermagem, enquanto Ciência e Arte, não se pode furtar às etapas básicas que norteiam uma determinada conduta assistencial. A metodologia é, pois, suporte imprescindível que assegura estar a assistência de enfermagem calcada em base científica e voltada para as reais necessidades da pessoa, família e/ou comunidade. HORTA² ressalta que "...a autonomia profissional só será adquirida no momento em que toda a classe passar a utilizar a metodologia científica em suas ações, o que só será alcançado pela aplicação sistemática do processo de enfermagem...". Tal assertiva encontra apoio em VIEIRA et alii¹ e PAIM³.

O assistir em enfermagem implica em um processo dinâmico desenvolvido entre o profissional e sua clientela com vistas à melhoria, ajustamento, aceitação ou manutenção

das condições de vida no contínuum saúde-doença. O suporte desse desenvolvimento é a Metodologia da Assistência de Enfermagem.

HORTA² distingue na enfermagem: o Ser - Enfermeiro, o Ser - Cliente ou Paciente e o Ser - Enfermagem. O primeiro é "gente que cuida de gente". O segundo "pode ser um indivíduo, uma família ou uma comunidade", enfim são "seres humanos que necessitam de cuidados de outros seres humanos em qualquer fase de seu ciclo vital e do ciclo saúde - enfermidade". Do interrelacionamento dos dois primeiros surge o Ser - Enfermagem que "...tem como objeto assistir às necessidades humanas básicas. Está, portanto, intrinsecamente ligado ao ser humano (...) O Ser - Enfermeiro aparece na iminência ou na transcendência das ações de Enfermagem".

Embora com algumas variações o enfoque conceitual da assistência de enfermagem mostra semelhanças e identidade mesmo quando é estudado à luz de vários autores: CARVALHO⁴, DU GAS⁵, HORTA², McCLAIN & GRAGG⁶, PAIM³, SOUZA⁷, VIEIRA et alii¹. Essa unanimidade reflete que, de uma forma global, a dinâmica do assistir em enfermagem tem como objeto a pessoa, sua realidade e suas necessidades no contexto bio-psico-sócio-cultural e espiritual.

SOUZA⁷ afirma que "a Enfermagem é pois, uma arte, porque visa a ação e necessita dos conhecimentos científicos para aplicá-los a um fim prático - a saúde do homem. Filosoficamente o homem é o objeto da Enfermagem".

Tal propósito encontra reforço no próprio Cód

go de Deontologia de Enfermagem⁸, onde, no seu artigo 10, estabelece que: "o enfermeiro faz o diagnóstico das necessidades de enfermagem do cliente, a fim de elaborar o plano de cuidados correspondente".

No Brasil, a partir de 1960, muito se tem escrito sobre a utilização de uma Metodologia Científica na Assistência de Enfermagem, o que propiciou o surgimento de alguns modelos assistenciais como os elaborados por HORTA², PAIM³, PAIM¹⁰ e DANIEL⁹.

Entretanto, valiosa colaboração tem sido dada por autores internacionais tais como: BRODT, CALLISTA ROY, KING, LEVINE, McDOWELL e ROGERS, conforme descrição de HORTA². Porque, apoiados ou não em teorias de outras ciências, têm ampliado o conceito e a visão do assistir em enfermagem no que concerne ao cuidado direto às pessoas, à família e/ou à comunidade, através do planejamento, da implementação e da avaliação da assistência prestada.

A valorização da pessoa como foco da assistência de enfermagem é indiscutível. O Homem e suas necessidades, objeto mesmo da enfermagem, é assim reconhecido e tratado por diversos autores: ANDRADE¹¹, CARVALHO⁴, DANIEL⁹, DUGAS⁵, HENDERSON¹², HORTA², McCLAIN & GRAGG⁶, PAIM³, PAIM¹⁰, SOUZA⁷, VIEIRA et alii¹. Porém, percebe-se nessas colocações e nos pressupostos teóricos algumas alterações quanto ao enfoque do cliente, que evolui de apenas receptor, elemento passivo, à participante do cuidado prestado.

SOUZA⁷ diz que:

"A principal responsabilidade do enfermeiro reside, pois, na capacidade de ajudar a pessoa em sua vivência diária. Para tanto, não basta compreender as necessidades específicas de cada paciente; deve também saber executar todos os cuidados exigidos, desde os mais simples até os mais complexos. A eficiência profissional é fator de segurança para a clientela assistida.

A formulação dos problemas referentes à enfermagem só terá autenticidade enquanto tomar como ponto de partida suas múltiplas relações com a situação do doente."

HORTA² afirma que o objetivo da enfermagem é

"...assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais."

Considera ainda alguns princípios:

"A Enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano.

. A enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio.

. Todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação.

. A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu autocuidado".

PAIM³ ressalta que

"as atenções dos enfermeiros devem se voltar para a assistência do homem como um todo, deve-se reconhecer que a determinação de padrões profissionais terá que se firmar a partir disso, e que somente desse modo, u'a mais alta qualidade de assistência ao paciente se revelará a cada dia."

Defende ainda a posição de que não podemos mais considerar "a tarefa como centro das atividades do enfermeiro".

VIEIRA et alii¹, conceituando a assistência de enfermagem valoriza a "unidade homem-realidade" e "é da compreensão desta unidade, tão bem situada, quando se discute processo saúde-enfermidade, que a enfermagem encontra a sua razão de ser e se confronta com o ponto de partida de toda a sua ação". É a proposta de "prestar cuidados, através de um conjunto de medidas que visem a atender às necessidades básicas do ser humano".

Devemos então aceitar a posição de estudiosos da enfermagem que apoiados nos trabalhos de Maslow e/ou de Mohna, Teoria das Necessidades Humanas Básicas, consideram a pessoa, o cliente, participante ativo na prestação de sua assistência e do seu próprio cuidado. Essa proposição evidencia-se no conceito de Educação para Saúde — que engloba, pelo menos, dois aspectos, fundamentalmente diferentes no processo educativo de assistência à pessoa: Educação do Paciente e Educação para o Auto-Cuidado. LEVIN¹³ afirma que:

"Talvez a maior diferença seja que a educação do paciente focaliza aquilo que o profissional acha que é bom para o paciente, enquanto que a educação do auto-cuidado é determinada por aquilo que a pessoa que aprende percebe como suas necessidades e seus objetivos."

A perspectiva do Auto-Cuidado visualizada por Dorothea Orem deu origem à estruturação, em 1971, de uma nova abordagem teórica do cuidado de enfermagem, que desafia a linha econômica e filosófica e, ainda permite um papel social amplo para a pessoa que aprende. A educação do auto-cuidado "não supõe doença e, assim, atribui um significado genérico

ao cuidado - isto é, encarregar-se de. E de uma maneira au
tônoma". (OREM¹⁴) De acordo com LEVIN¹³, "os objetivos educa
 cionais do auto-cuidado são, geralmente, preventivos de ris
 co... e se orientam no sentido de reduzir a dependência".

Temos que reconhecer como prodigiosa a visão do auto-cuidado, na assistência à saúde, porque reconduz e redireciona a prática da enfermagem. Com isso reforça-se o valor e o conceito de ajuda, cerne e marco conceitual da própria profissão de enfermagem. NIGHTINGALE¹⁵ delineou o caminho a ser seguido quando considerou que:

"It is often thought that medicine is the curative process. It is no such thing; medicine is the surgery of functions, as surgery proper is that of limbs and organs. Neither can do anything but remove obstructions; neither can cure; nature alone cures. Surgery removes the bullet out of the limb, which is an obstruction to cure, but nature heals the wound. So it is with medicine; the function of an organ becomes obstructed; medicine, so far as we know, assists nature to remove the obstruction, but does nothing more. And what nursing has to do in either case, is to put the patient in the best condition for nature to act upon him."

Dessa forma, ressalta que a Medicina facilita a cura; mas não é um processo curativo por si só, apenas a na
tureza cura. E, enfatiza que a enfermagem deve, em cada ca
so, colocar o paciente na melhor condição para a natureza agir sobre ele.

Essa postura reflete-se na contribuição de HEN
 DERSON¹² e fortalece sua clássica definição de enfermagem:

"A função específica do enfermeiro é a de assistir o indivíduo, doente ou sadio, no desenvolvimento de atividades que con -

tribuem para a sua saúde ou sua recuperação (ou para a morte tranquila) que ele mesmo faria sem ajuda, se tivesse a força necessária, desejo ou conhecimento, fazendo de tal sorte que ele possa adquirir sua independência o mais rápido possível."

Ratificando essa realidade, temos, mais modernamente o depoimento de CARVALHO⁴:

"Certamente todos reconhecem que a enfermagem é uma das profissões de ajuda. Como qualquer outra profissão dedicada ao bem-estar do ser humano, a enfermagem desenvolve-se, porque as pessoas não são completamente auto-suficientes. A assistência prestada é uma forma organizada de ajudar os clientes a vencer dificuldades ligadas às necessidades fundamentais, em situações nas quais não estejam capacitados para promover o auto-cuidado para alcançar seu nível ótimo de saúde."

Existem, pois, depoimentos de estudiosos, não só diretamente ligados à esta profissão, como também fora dela, conforme SALLES¹⁶, que demonstram sua importância, asseguram seus propósitos e defendem sua existência, validando, sobremaneira, sua prática.

E, quando saímos desse enfoque fundamental, porém teórico, observamos que em termos de assistência de enfermagem, aqui em nosso país, a prática não evoluiu concomitante à teoria. Existe grave defasagem e severas distorções que mascaram e/ou anulam esta assistência globalizada, científica, voltada para o atendimento das necessidades de saúde com o propósito de desenvolver uma relação de ajuda com o cliente.

No que se refere a aplicabilidade do processo de enfermagem pautado em fundamentação teórica, tal fato não comum "nem mesmo nos grandes centros ou hospitais-escola".

(PAIM³). Em geral percebe-se que as dificuldades, na adoção de uma sistematização da assistência, giram em torno da operacionalização do método. Questiona-se também a praticidade da aplicação de um modelo conceitual ou da própria metodologia científica (ARAÚJO¹⁷, CIANCIARULLO¹⁸, HORTA² e OLIVEIRA¹⁹).

Tais inferências, fruto de nossa vivência de campo como enfermeira e professora, há mais de dez anos, infelizmente, encontram resposta e concordância, quanto às preocupações, no cunho dos principais trabalhos apresentados nos Congressos Brasileiros de Enfermagem dos últimos anos.

É uma preocupação das instituições prestadoras de assistência à saúde que o atendimento à pessoa, à família e/ou à comunidade, esteja em concordância com os níveis de assistência: primária, secundária e terciária, no contexto do ciclo saúde-enfermidade — da prevenção à reabilitação. Entretanto a valorização do cliente como participante da equipe de saúde, sendo considerado como foco principal, posiciona-o como responsável pelo auto-cuidado no que tange ao atendimento de suas necessidades afetadas.

Nessa visão atual do cliente, os enfermeiros assumem um papel mais educativo, orientador e de supervisão no que se refere à integração da pessoa à equipe de enfermagem e aos cuidados que lhe são dispensados.

Existem impedimentos, principalmente de ordem social, relacionados com a dificuldade em satisfazer a exigência crescente da opinião pública, em obter um sistema de pres

tação de serviços de saúde que seja qualificado, acessível no tempo e no espaço e adequado quanto ao poder socioeconômico. O incentivo reside em procurar meios de providenciar um apoio assistencial efetivo, sem bloqueios institucionais que permitam expandir e multiplicar a prestação de cuidado com um relacionamento de ajuda, onde o cliente transforma-se em agente.

Estamos convictas de que este posicionamento permitirá a projeção do enfermeiro no contexto social e profissional pois, a integração da prática com a teoria é fator essencial e prioritário na obtenção de melhores condições de prestação do cuidado de enfermagem e de valorização do profissional.

Formulação da Situação-Problema

A ênfase de um modelo assistencial com base científica e voltado para as reais necessidades da clientela completa-se com a transformação do cliente em agente de mudanças e elemento multiplicador das ações de saúde. Porém, não são poucos os fatores que interferem e dificultam o desenvolvimento de uma proposta de tal envergadura qual seja o cuidar em enfermagem. Principalmente porque não só exige mobilização e comprometimento do profissional junto à clientela assistida, como também altera o enfoque político-social de Saúde, uma questão de direitos e deveres.

Concordamos que é próprio do ser humano a resistência às mudanças, entretanto preocupa-nos essa dificuldade

de na escolha e adoção de um modelo teórico ou a simples, porém, suficiente, utilização da metodologia científica, na prestação do cuidado de enfermagem. Em decorrência, surgem problemas na qualificação da assistência de Enfermagem que poderiam ser dirimidos com a anulação da dicotomia da prática com a teoria.

É fundamental aceitarmos como lógica a posição do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro que discute e debate a questão saúde. Ressaltando porém, que essa questão *"não se esgota no âmbito da Medicina e nem está vinculada apenas à questão da assistência médica, mas liga-se especialmente à qualidade de vida das pessoas"* (SINDICATO DOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO²⁰). Conseqüentemente, é lícito reconhecer que a melhoria do nível de saúde de uma comunidade depende, prioritariamente, da prática do autocuidado e do aprendizado de educação para saúde. Valorizando-se que *"os serviços de saúde devem estar voltados para os problemas de adaptação do paciente"* (SCOTNEY²¹), correspondendo às reais necessidades da clientela e não, às da equipe de saúde.

Sentimos, então, a necessidade de investigar como se processa essa dicotomia da prática com a teoria, no que corresponde à assistência de enfermagem, preocupando-nos com os fatores que impedem a adoção e implementação de um modelo teórico. Apoiamo-nos no fato de que a clientela obstétrica, no que se refere ao grupo materno, em sua maioria, vive uma situação considerada fisiológica ou seja, de baixo risco. Esta afirmativa é ratificada nas obras de BETHEA²², DRUMOND²³,

FRIESNER & RAFF²⁴, REZENDE & MONTENEGRO²⁵, WINN²⁶ e ZIEGEL & CRANLEY²⁷.

Considerando que o grupo materno, no ciclo grávido-puerperal, tem maiores responsabilidades já que deverá encarregar-se dos cuidados ao concepto, além dos próprios; a ceitando o enfoque de que a puérpera de parto eutócico tem maiores chances de colaborar, de discutir, de questionar, de participar e de co-responsabilizar-se pelo seu cuidado, WINN²⁶ defende que "ao término do curso de um parto espontâneo, não complicado, a paciente pode até ter alta 24 horas após". Acrescentando-se, ainda, que a nossa experiência profissional é em Enfermagem Obstétrica, escolhemos essa área para estudo.

Sendo assim, partindo do pressuposto de não existir na prática, uma proposta de cuidado às puérperas segundo uma estrutura teórica de enfermagem e, concordes de que a relação de ajuda é a direção justa e adequada do caminho profissional, escolhemos o modelo de OREM¹⁴, de Educação para o Autocuidado para ser estudado à luz das condições da cliente obstétrica.

Objetivos do Estudo

O presente estudo tem como objetivos:

1) Questionar a existência de uma metodologia científica no desenvolvimento das ações de enfermagem em hospitais-maternidades.

2) Identificar dificuldades e/ou obstáculos de correntes da implementação de tal sistema.

3) Verificar, junto às puérperas do parto eutóxico, as condições de participação das mesmas nas atividades e/ou cuidados de enfermagem, consoante o postulado por Dorothea Orem na Teoria do Auto-Cuidado.

Justificativa

A assistência materna no ciclo grávido-puerperal é exemplo típico da abrangente participação e co-responsabilidade, do cliente, na consecução dos objetivos do plano assistencial de enfermagem.

DU GAS ⁵, referindo-se ao papel específico da enfermeira cita o Conselho Internacional de Enfermeiras, onde ficou estabelecido que "a responsabilidade da enfermeira está dividida em quatro aspectos: promover a saúde, prevenir a doença, restabelecer a saúde e aliviar o sofrimento", desenvolvendo ações assistenciais, de proteção do paciente e educativas. A autora discorre amplamente sobre a função educativa, classificando-a como "uma parte muito importante dos cuidados de enfermagem" que "podem envolver atividades diversas, como o aconselhamento às jovens mães a respeito dos cuidados, alimentação dos bebês, o ensino de medidas de higiene que as protegem contra doenças e o aconselhamento dietético".

A assistência ao grupo materno-infantil durante o ciclo grávido-puerperal, agora com enfoque de riscos, permite e exige autonomia, capacidade de tomada de posição e poder decisório do enfermeiro. Este profissional precisa enfrentar o problema de atender as necessidades de saúde de sua clientela, indo de encontro à mobilização, envolvimento e participação da gestante; família e/ou comunidade no planejamento da assistência a ser prestada.

A valorização da classificação do grupo Materno-

Infantil em baixo, médio e alto risco é fator de adequação da assistência a ser prestada porque distingue e determina as reais necessidades de cada subgrupo principalmente quanto à recursos humanos e materiais. Nessa ótica, fica estabelecido que ao subgrupo de baixo risco é destinada uma equipe assistencial quantitativamente simplificada, sem sofisticação de aparelhos e instrumental porém qualitativamente suficiente e, capaz de responsabilizar-se pelo cuidado integral da gestante, puérpera, recém-nascido e família.

Julgamos adequado enfatizar sobre a necessidade de orientação, apoio e supervisão do grupo materno, no período puerperal, naquelas atividades que ZIEGEL & CRANLEY²⁷ denominaram de "*tarefas de desenvolvimento*". Valorizando-se também as particularidades e respeitando-se a individualidade de cada puérpera em evoluir da "*fase de reabastecimento*" para a "*fase da participação*".*

Sendo assim, consideramos que os enfermeiros devem assistir à clientela segundo uma metodologia científica que explicita objetivos e garante a consecução dos mesmos, considerando o cliente, objeto principal e integrante da equipe de saúde.

Dessa forma um estudo que procura, não só, investigar esse aspecto metodológico da assistência de enfermagem obstétrica como também verificar a aplicabilidade de um

* RUBIN, Riva. In: ZIEGEL, E.E. & CRANLEY, M.S. Enfermagem Obstétrica, 7a. edição, Rio de Janeiro, Editora Interamericana, 1980. Pág. 439

modelo teórico, a princípio concordante com as características e necessidades da clientela em foco, configura-se nos propócio e relevante.

Além do mais, satisfaz uma preocupação pessoal da autora, que acredita na possibilidade e vontade de engajamento das puérperas em sua própria assistência, ainda na área hospitalar, já que no domicílio, as mesmas desenvolvem o autocuidado e o cuidado com o conceito, com ou sem a ajuda do profissional.

Questões a Investigar

Neste estudo procurou-se respostas aos seguintes questionamentos:

. Em relação ao primeiro objetivo:

- 1) Em que percentual se encontra a implantação de uma metodologia científica na assistência de enfermagem obstétrica em hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro?
- 2) Que referencial teórico tem sido mais adequado à clientela e equipe de enfermagem, dentre as experiências de implantação?

. Em relação ao segundo objetivo:

- 3) Quais os obstáculos que, mais frequentemente, se opõem à implantação do processo de enfermagem na área obstétrica?

. Em relação ao terceiro objetivo:

- 4) Quais as possibilidades de adoção do modelo teórico de Dorothea E.Orem na assistência de enfermagem obstétrica, a partir de um estudo com puérperas de parto eutócico?

Delimitações do Estudo

Quanto ao 1º e 2º objetivos, este estudo restringiu-se a verificar, em hospitais maternidades do poder público (municipais, estaduais ou federais), a existência de metodologia científica na assistência de enfermagem, detectando o modelo teórico adotado, dificuldades, vantagens e outros fatores intervenientes à implementação da mesma.

No que se refere à verificação das condições de participação da puérpera de parto eutócico, no seu autocuidado (terceiro objetivo), intentou investigar fatores que influenciam a atividade de autocuidado correlacionada com a situação obstétrica. Esses fatores foram denominados por Orem como "*determinantes de atividade de auto-cuidado*". (JOSEPH²⁸) Estendeu-se essa investigação aos profissionais de enfermagem com o pensamento de comparar resultados, confirmar posições dando consistência aos achados.

Pressupostos Conceituais

Na realização do presente estudo tivemos, como guia, alguns pressupostos que, subjacentes ou explicitados, nortearam o desenvolvimento do trabalho desde a proposta até as conclusões.

São eles:

- 1) - Uma das, e provavelmente a melhor, forma de se assistir em enfermagem é utilizar o método científico de resolução de problemas na prestação do cuidado de enfermagem. Constitui a Metodologia da Assistência de Enfermagem.
- 2) - A Enfermagem Moderna é Científica, sua origem está na proposição de Florence Nightingale que delineou ser esta, uma profissão de ajuda. (CARVALHO⁴, HENDERSON¹² e LOFFREDI²⁹).
- 3) - KARKHUFF³⁰, em uma de suas obras atuais, veio consubstan^{ci}ar o conceito e propósitos de ajuda, considerando que *"ajudar é, na verdade, transformar ajudados em pessoas que ajudam"*.
- 4) - A Teoria do Auto Cuidado de Dorothea E.Orem analisa a capacidade de participação do cliente no sistema de prestação de ajuda de enfermagem. A aplicação desta teoria, objeto do estudo, constitui um esquema alternativo que otimiza os recursos humanos e materiais de enfermagem,fa

vorecendo, em consequência, a transformação do cliente - ajudado - em pessoa que ajuda.

Fundamentação Teórica

O presente trabalho está fundamentado na Teoria do Auto-Cuidado de Dorothea E. Orem. Com o propósito de melhor esclarecer e ressaltar o apoio teórico que permeia e garante este estudo, apresentamos alguns aspectos defendidos por Orem, à luz da experiência de outros autores que nos precederam no interesse em estudar esta estrutura teórica.

É nítida a adequação conceitual do compromisso dos profissionais e dos propósitos a serem alcançados, através de ações de enfermagem, na visão evolutiva e moderna de Nightingale, Henderson e Orem. GALPERIM³¹, em sua monografia de Mestrado, relevou este aspecto: "*a valorização do envolvimento e participação do cliente no processo de assis - tência à saúde*".

Datam de 1959, os primeiros estudos e trabalhos de Orem, acerca do que seria, em 1971, publicado como sua teoria de enfermagem com o título de "Enfermagem - Conceitos da Prática"¹⁴. Nesta concepção teórica melhorada à cada nova publicação - evidenciou-se o enfoque centrado na pessoa, seu potencial, condição de saúde, de doença e, seu envolvimento e responsabilidades frente a si mesmo. FOSTER & JANSSENS³² resaltam alguns conceitos de Orem:

"Enfermagem é interesse do homem em ati

vidades de auto-cuidado e a provisão e administração destes, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se da doença ou injúrias e lidar com seus efeitos... é uma forma de superar limitações humanas e, a enfermagem desenvolveu-se em virtude do homem não ser auto-suficiente."

Para OREM¹⁴, a arte de enfermagem inclui:

1. a arte de ajuda
2. os métodos de ajuda
3. as técnicas de ajuda apropriadas às situações
4. Os sistemas de enfermagem.

Consideramos importante detalhar a estrutura teórica criada por Dorothea E. Orem através do relato de outros autores — estudiosos e profissionais de enfermagem — que tiveram oportunidade de trabalhar a Teoria do Auto-Cuidado.

FOSTER & JANSSENS³², discorrem sobre a Teoria de Orem correlacionando o conceito de Enfermagem - CIÊNCIA, ARTE, IDEAL (serviço) com os propósitos de autocuidado e relação de ajuda. Na estrutura teórica apontam:

"1. Métodos de ajudar e assistir:

- a) atuar ou fazer pelo outro
- b) guiar
- c) apoiar
- d) prover meio ambiente adequado para o desenvolvimento pessoal de capacidade de autocuidados
- e) ensinar.

2. Técnicas, que não são exclusivas por em utilizadas pela enfermagem, relacionadas com:

- a) Comunicar-se com pessoas em estado de saúde ou doença.
- b) Promover e manter relações interpessoais, intragrupos e intergrupos, para esforços mútuos.

- c) Dar assistência humana adaptada às necessidades e limitações humanas específicas.
- d) Promover, manter e controlar a posição e movimentação de pessoas num meio ambiente físico com propósitos terapêuticos.
- e) Sustentar e manter o processo de vida.
- f) Promover processos de crescimento e desenvolvimento, incluindo o desenvolvimento próprio.
- g) avaliar, mudar e controlar as formas psicofísicas das funções humanas na saúde e doença.
- h) Promover e manter relações terapêuticas baseadas nas formas psicossociais das funções humanas na saúde e na doença.

3. Tipo de auto-cuidado - classificam-se em dois grupos:

- a) auto cuidado universal - entendido como toda demanda e atividade referida na literatura como atividades do dia a dia ou aquelas que satisfazem as necessidades humanas básicas - subdivididas em seis categorias:

- . ar, água, alimento
- . eliminações (excrementos)
- . atividade e repouso
- . solicitude e interação social
- . perigos para a vida e bem-estar
- . ser normal.

- b) auto cuidado no desvio de saúde - representando toda demanda e ações que são requeridas somente na doença, injúria e incapacidade - este tipo de auto cuidado é desenvolvido através das seguintes formas de ação:

- . ajustar as formas para satisfazer os requisitos de auto-cuidado universal;
- . estabelecer novas técnicas de autocuidado;
- . modificar a auto-imagem;
- . revisar a rotina do dia a dia
- . desenvolver um novo estilo de vida compatível com os efeitos do desvio de saúde
- . lidar com os efeitos do desvio de saúde ou cuidados médicos usados no diagnóstico ou tratamento deles.

4. Sistemas de Enfermagem - representam o produto da análise da situação do cliente e enfermeiro, e, determina as ações de ambos. Classificam-se em:

- a) Sistema Totalmente compensatório
- b) Sistema Parcialmente compensatório
- c) Sistema de Apoio Educativo.

O esquema a seguir clarifica o enfoque deste item:

Comparando essa metodologia com a metodologia científica, obtêm-se a seguinte relação:

- 1º Passo . Histórico / Coleta de Dados
- . Diagnóstico
- 2º Passo . Planejamento
- . Implementação
- 3º Passo . Avaliação

POLETTI³³, abordando os pontos principais da Teoria do Auto-cuidado, esclarece que

"Orem definiu os cuidados de enfermagem como especialmente concernentes às necessidades do ser humano, e estão em relação com os 'auto cuidados' ou 'ações que lhe permitam manter sua saúde e seu bem estar, responder, constantemente às suas necessidades frente à manutenção da vida e da saúde, curar a doença ou os traumatismos e fazer face a seus efeitos.' Os autocuidados são indispensáveis. Quando eles desaparecem, podem se seguir a doença e a morte."

Em relação às tecnologias utilizadas pelas enfermeiras, ressalta e valoriza

"...a utilização e a importância dos conhecimentos científicos. Quando discorre sobre as medidas de auto-cuidados requeridas pela doença, acidente ou incapacidade - autocuidados em relação aos desvios do estado de saúde - é significativo que as características dessa situação são as mesmas de toda relação de ajuda. E comportam:

- no mínimo duas pessoas: a que ajuda e a que é ajudada
- uma necessidade, daquele que procura a ajuda, em obter resultados nos autocuidados terapêuticos
- uma limitação das possibilidades de autocuidados para aquele que procura ajuda

. SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATÓRIO

- | | |
|---------------------|--|
| Ações do Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> . realiza o autocuidado terapêutico do paciente . compensa a incapacidade, do paciente, para autocuidar-se e apoia o paciente dependente. |
|---------------------|--|

. SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATÓRIO

- | | | |
|---------------------|---|------------------------|
| Ações do Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> . executa o autocuidado terapêutico do paciente . compensa a incapacidade, do paciente, para autocuidar-se. . Realiza o autocuidado. . Supera limitações para o autocuidado. | Atividades do Paciente |
|---------------------|---|------------------------|

. SISTEMA DE APOIO - EDUCATIVO

- | | | |
|---------------------|--|------------------------|
| Ações do Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> . Realiza o autocuidado . Supera limitações do autocuidado. | Atividades do Paciente |
|---------------------|--|------------------------|

5. Processo de Enfermagem - a metodologia do assistir, nesta estrutura teórica, contém duas fases distintas e operacionaliza-se em três etapas ou passos:

a) Fase Intelectual

- 1º passo - coleta e análise dados
determina porque o paciente necessita de cuidados de enfermagem
considera a história e o estilo de vida
- 2º passo - determina o sistema enfermeiro/paciente
elabora o plano de cuidados

b) Fase Prática

- 3º passo - inicia, controla e conduz as ações necessárias para o cuidado de enfermagem
controla o cuidado de enfermagem.

- a capacidade, por parte de quem ajuda, de agir para o paciente ou de ajudá-lo a agir
- comportamentos complementares por parte do ajudado e de quem ajuda."

Faz ainda, esta autora, um detalhamento no que concerne aos mé todos de assistência descritos por OREM:

- "1. agir no lugar do ajudado
2. guiar o ajudado
3. sustentar o ajudado física ou psicológicamente
4. proporcionar um meio favorável ao desenvolvimento pessoal do paciente, de modo a torná-lo capaz de enfrentar o presente e o futuro
5. ensinar o ajudado."

E, além disso, apresenta uma "Classificação das Situações de Cuidados" conforme diferentes aspectos do cliente:

- "- presença ou ausência de doença, ferimento, incapacidade ou desvantagem;
- qualidade de seu estado de saúde;
- acontecimentos e circunstâncias da vida",

agrupados como a seguir:

- GRUPO 1) - A preocupação principal quanto à saúde está em relação com os acontecimentos ligados ao lugar que o paciente ocupa no continuum "nascimento-morte", acontecimentos que provocam mudanças anatômicas, fisiológicas ou psicológicas: crescimento e desenvolvimento, maturidade, influências de parentesco, velhice.
- GRUPO 2) - A preocupação principal quanto à saúde está em relação com a cura de uma doença específica (bócio) ou de um acidente (membro fraturado). O estado de saúde geral é de bom a excelente.
- GRUPO 3) - A preocupação principal quanto à saúde se relaciona com problemas genéticos ou de desenvolvimento: prematuridade, criança de peso inferior ao normal.

O estado de saúde é afetado pelo problema genético ou de desenvolvimento.

- GRUPO 4) - A preocupação principal quanto à saúde está relacionada com o tratamento ativo da doença, do acidente ou de desordem de origem determinada. O estado de saúde geral pode ser ou não afetado pela doença, pelo acidente ou pela desordem orgânica.
- GRUPO 5) - A preocupação principal está em restaurar, estabilizar e controlar o funcionamento integrado do organismo. Os processos vitais podem estar suspensos ou postos em perigo: do mesmo modo o funcionamento integrado pode estar tão perturbado (comprometido) que não haja mais condições de permanência da vida."

MULLIN³⁴ descreve suas experiências, observações e deduções advindas da implementação do conceito de auto-cuidado no ambiente de cuidado agudo. Inicia valorizando a Teoria de Orem como fator positivo na prática de enfermagem médico-cirúrgica. Afirma que o conceito de auto-cuidado pressupõe a "aceitação do fato de que cada indivíduo é responsável por sua própria saúde", por decorrência, a introdução deste conceito "inicia profunda mudança na enfermeira, no adulto doente e na prática de enfermagem". É um trabalho de análise profunda dos aspectos assistenciais (cuidado de enfermagem) em confronto com o sistema hospitalar. Daí advem a contribuição quanto ao detalhamento dos efeitos e influências das "Coações do Sistema sobre a Implementação do Conceito de Auto-Cuidado em Sistemas Hospitalares".

Coações Impostas pelo Sistema	Influência da Coação sobre a Prática de Enfermagem	Efeito da Coação sobre o Adulto Doente
Sistema focaliza-se em doenças, não em indivíduos	Títulos refletem prática. Dita o enfoque da prática da enfermeira.	Altera o estado de saúde. Encoraja dependência médica. Impõe expectativa comportamental. Desumaniza a pessoa.
Sistema focaliza-se em tarefas não identificadas	Responsabilidade é por tarefas. Muda o enfoque da enfermagem de satisfazer necessidades para desempenhar tarefas. Força a enfermeira a escolher entre tarefas e pessoas.	Torna-se recipiente passivo do cuidado. Pode receber mais cuidado do que necessário. Cuidado focaliza-se em necessidades físicas em vez de sobre necessidades identificadas. Cuidado dado altera apenas estado de saúde.
Sistema identifica cuidado dado por tipo de tarefa, não por necessidade do indivíduo.	Focaliza a atenção na supervisão de pessoal e tarefas, em vez de na supervisão do cuidado. Nega à enfermeira a capacidade e oportunidade de calcular e satisfazer necessidades do adulto doente.	Enfraquece a continuidade de cuidado. Nega oportunidades educacionais fornecendo ajuda por um ajudante.
Sistema estabelece prioridades para tarefas.	Coloca a enfermeira em conflito com o sistema e o propósito da enfermagem. Educação do paciente torna-se um luxo para a enfermeira, em vez de prioridade para o adulto doente.	Paciente permanece não educado sobre o próprio cuidado. Paciente desconhece alternativas para seu cuidado.

continuação

Coações Impostas pelo Sistema	Influência da Coação sobre a Prática de Enfermagem	Efeito da Coação sobre o Adulto Doente
Sistema percebe mal o papel da enfermeira	Nega autonomia. Nega responsabilidade. Não permite percepção da enfermeira como um profissional.	Cuidado é imposto. Não são identificadas alternativas.

Em cada caso, direitos de autocuidado são violados.

Com relação à mudança esclarece que "o autocuidado fornece não apenas uma estrutura para a prática, mas também uma filosofia de enfermagem" que se concretiza através de dois componentes básicos no conceito de autocuidado:

"1. Cada pessoa é individual, pertence a si mesma e apenas ela tem direitos sobre si própria.

2. A relação da enfermeira com esse indivíduo existe apenas para ajudar a pessoa a manter, restaurar ou aumentar a capacidade de fornecer seu próprio auto-cuidado."

ANNA³⁵ e colaboradoras, alunas de um curso de mestrado em enfermagem da Universidade do Texas, descrevem suas experiências na tentativa de aplicação da estrutura conceitual de Orem. Iniciam afirmando que

"a essência da filosofia de Orem é a crença em que o homem tem uma capacidade inata de cuidar de si mesmo. (...) Auto-cuidado pode ser definido simplesmente como atividades que a pessoa inicia e realiza para si mesma, para manter a vida, a saúde e o bem-estar. (...) A responsabilidade da profissão de enfermagem reside em ajudar o homem com práticas de auto-cuidado."

O trabalho revê alguns pontos básicos do processo teórico como as etapas; os sistemas e o enfoque de enfermagem. Mas, principalmente relata as dificuldades na utilização de "terminologia nova, aparentemente complexa, mas bem definida"; na motivação e envolvimento do cliente quanto à tomada de decisão; e, principalmente, na resistência de clientes e enfermeiros em assumirem o novo enfoque. Ainda assim, concluem, os objeti-vos do trabalho centrados na enfermagem e no enfermeiro, foram alcançados, como também um saldo positivo referente à capacidade de participação do cliente.

JOSEPH²⁸ faz uma abordagem importante de toda a estrutura teórica de Orem, focalizando principalmente os aspectos conceituais — desde o auto-cuidado até o detalhamento do processo de enfermagem. Deste enfoque, a autora do presente estudo, extraiu o aspecto "Determinantes de Atividade de Auto-Cuidado" como conteúdo e substância de uma análise pré-via às condições de aplicabilidade da Teoria do Auto-Cuidado em Enfermagem Obstétrica.

Destaca-se nesse trabalho a Tabela de Definição de Termos, o detalhamento de Determinantes de Atividades de Auto-Cuidado.

DEFINIÇÃO DE TERMOS

"AUTO-CUIDADO - A prática de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham pessoalmente em seu próprio benefício para a manutenção, restauração ou promoção de saúde.

AUTO-CUIDADO UNIVERSAL - As ações de auto-cuidado exigidas por todos para satisfazer necessidades universais ou básicas.

EXIGENCIAS DE AUTO-CUIDADO UNIVERSAL - Necessidades humanas básicas que estão constantemente presentes e que devem ser satisfeitas para manter um estado sadio. São ar, alimento e água; eliminação; solidão e interação social; atividade e descanso; proteção contra riscos e estado normal.

AUTO-CUIDADO DO DESVIO DE SAÚDE - As demandas ou exigências que surgem devido a doenças, ferimentos ou eventos do ciclo da vida. Estas necessidades também podem ser impostas pelas medidas usadas para tratar uma doença ou ferimento ou ajudar um evento de ciclo de vida.

DEMANDA DE AUTO-CUIDADO TERAPÊUTICO - Um grupo específico de ações que precisam ser desempenhadas por um agente de auto-cuidado para realizar auto-cuidado salutar.

ATIVIDADE DE AUTO-CUIDADO - A capacidade de um indivíduo iniciar e desempenhar atividades de saúde por si mesmo, para man

Organização do Restante do Estudo

O resumo do estudo consta das folhas preliminares.

Os aspectos relacionados com a revisão da literatura estão diluídos por todo o trabalho, fortalecendo, desse modo, as idéias apresentadas.

No capítulo II, da Metodologia, estão descritos: a natureza do estudo, o universo, a seleção da amostra, a instrumentação, a coleta de dados e o tratamento estatístico.

No capítulo III, Apresentação e Análise dos Resultados, estão agrupados os dados obtidos com vistas à sua leitura, análise e manipulação. No capítulo a seguir, foram discutidos os resultados obtidos reportando-se aos objetivos e questionamentos.

Finalmente, o último capítulo apresenta Conclusões e Recomendações.

ter vida, saúde e bem-estar.

DETERMINANTES - Fatores que influenciam a atividade de auto-cuidado. Estes fatores contribuem para a capacidade da pesoa engajar-se em auto-cuidado.

COMPORTAMENTO DE AUTO-CUIDADO - Ação de auto-cuidado.

DÉFICIT DE AUTO-CUIDADO - Uma incapacidade de se engajar em auto-cuidado, quando o agente de auto-cuidado é incapaz de satisfazer a demanda de auto-cuidado terapêutico colocada sobre ele, devido à atividade insuficiente de auto-cuidado.

SISTEMA DE ENFERMAGEM - As ações de enfermagem necessárias para realizar certas demandas de auto-cuidado terapêutico. Envolve a aplicação de um ou mais dos métodos de assistência de enfermagem.

MÉTODOS DE ASSISTÊNCIA - Incluem: agir ou servir, orientar, ensinar, apoiar e fornecer um ambiente desenvolvimental.

ATIVIDADE DA ENFERMEIRA - Esforço contribuído para planejar, fornecer e controlar sistemas de cuidado terapêutico para indivíduos com graus variáveis de insuficiência para satisfazer suas demandas terapêuticas de auto-cuidado."

Certos fatores influenciam a atividade de auto cuidado. OREM considera-os como sendo determinantes de en fermagem ou básicos de condicionamentos que contribuem para a capacidade de alguém engajar-se em autocuidado. Incluem:

DETERMINANTES DE ATIVIDADES DE AUTO-CUIDADO

- " . idade
- . estado de desenvolvimento
- . evento de ciclo de vida
- . sexo
- . orientação sócio-cultural
- . estado de saúde
- . situação de cuidado de saúde
- . diagnose orgânica comportamental
- . sistema familiar
- . outros fatores. "

CAPÍTULO I
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VIEIRA, Therezinha; ROMAN, Alaíde V.; LUCKESI, M.A.V.
A Competência Continuada e a Assistência de Enfermagem
In: Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem,
Brasília, 1 a 7/6/80, pág. 47-51.
2. HORTA, W.A.; colaboração de: CASTELLANOS, B.E.P.. Proces-
so de Enfermagem. São Paulo, Editora Pedagógica e Uni-
versitária Ltda., 1979. Pág. xi, 3, 9, 29, 31.
3. PAIM, L. A Prescrição de Enfermagem - unidade valorativa
do plano de cuidado. Tese de Mestrado da Escola de En-
fermagem Ana Néri, UFRJ, Rio de Janeiro, 1976. Pág.1-2
4. CARVALHO, V.de. A Relação de Ajuda da Totalidade da Prá-
tica da Enfermagem. In: Anais do XXXII Congresso Bra-
sileiro de Enfermagem, Brasília, 1980. Págs. 65,68,69.
5. DU GAS, B.W.. Enfermagem Prática. Rio de Janeiro, Edi-
tora Interamericana Ltda., 1978. 3ª edição, pág.67,75.
6. McCLAIN, M.E.; GRAGG, S.H.. Princípios científicos da
Enfermagem. Tradução de: Sylvio Bevilacqua e Silvio
Goldfeld. Rio de Janeiro, Editora Científica, 1970, 2ª
edição. Pág. 20.
7. SOUZA, E.F.. Novo manual de Enfermagem, Rio de Janeiro,
Editora Cultura Médica Ltda., 1977, 6ª edição, pág.23
e 24.
8. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética de Enfer

- magem. Resolução COFEN-09/75. D.O.U. de março de 1976.
9. DANIEL, L.F. A Enfermagem Planejada. 3a. edição revista e ampliada. São Paulo: EPU, 1981.
 10. PAIM, R.C.N.. Metodologia Científica em Enfermagem. Edição da autora. Rio de Janeiro, 1980.
 11. ANDRADE, M.D.L.. A Enfermagem e a Relação de Ajuda. In: Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, Brasília, 1980, pág. 83.
 12. HENDERSON, V.. Basic Principles of Nursing Care, International Council of Nursing. London, 1960. Mimeografado.
 13. LEVIN, L.S.. Patient education and self care: how do they differ? Nursing Outlook, 1978, 126(3): 140-175.
 14. OREM, D.E.. Nursing: concepts of practice. New York, McGraw-Hill Book Company, 1971.
 15. NIGHTINGALE, F.. Notes on Nursing - what it is, and what it is not. A facsimile of the first edition published in 1860 by D.Appleton and Co., New York. With a foreword by Virgínia M.Dunbar. London, 1946, pág. 133
 16. SALLES, M.. O que a Enfermagem pode fazer por você e pelo Brasil. Anais do XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem, São Paulo, SP, 1983; 25-34, pág. 31.
 17. ARAÚJO, E.C.; SILVA, N.F.; PARAÍSO, E.O.P.. Assistência de Enfermagem pela problemática do INAMPS. Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, Brasília, DF, 1980, 33-46, pág. 39.
 18. CIANCIARULLO, T.I.. Histórico de saúde: instrumento de integração do cliente na assistência à saúde. Anais do

- XXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem, Camboriú, SC, 1977, 31-37, pág.
19. OLIVEIRA, M.I.R.. A enfermeira e a enfermagem. In: Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, Manaus, 2 a 7/8/81, pág. 19-31.
 20. SINDICATO DOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO. Departamento Científico, Política de Saúde no Município do Rio de Janeiro (subsídios para um debate). Coordenado por Adolfo M.Chorny, Angela Ganem e Luiz Jorge W.Viana, Rio de Janeiro, Lide, 1980.
 21. SCOTNEY, N.. Educação para a saúde: manual para o pessoal de saúde da zona rural. Tradução (de) Maria Terezinha Croce Aflalo, São Paulo, Edições Paulinas, 1981.
 22. BETHEA, D.C.. Enfermagem Obstétrica Básica, tradução de Hugueno Oliveira Celino e José Cortines Linhares, Rio de Janeiro, Editora Interamericana, 1983, 3ª edição.
 23. DRUMMOND, J.P.. Perinatologia e Anestesiologia, Rio de Janeiro, Editora Cultura Médica Ltda., 1979.
 24. FRIESNER, A. & RAFF, B. Enfermagem Obstétrica. Tradução (de) J.C. Almeida Moura. São Paulo, Organização Andrei Editora S.A., 1978.
 25. REZENDE, J. & MONTENEGRO, C.A.B.. Obstetrícia Fundamental, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A., 4ª edição, 1984.
 26. WINN, R.. Obstetrícia e Ginecologia. Tradução (de) José Mendonça Primo, São Paulo, Editora Manole Ltda, 1977.
 27. ZIEGEL, E.E. & CRANLEY, M.S.. Enfermagem Obstétrica, 7ª

- edição, Rio de Janeiro, Editora Interamericana, 1980.
28. JOSEPH, L.S.. Self-care and the nursing process. Nurs. Clin. North Amer., vol.15 nº 1, março de 1980; p.131-143.
29. LOFFREDI, L.E. Relação de Ajuda. In: Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Brasília, DF, 1980, pág. 57-63.
30. CARKHUFF, R.R.. O Relacionamento de ajuda para pais, professores, psicólogos. Trad. Clara Feldman, revisão de Wolber de Alvarenga, Belo Horizonte, CEDEPE Editora - Centro para o Desenvolvimento da Pessoa, 1979, pág. última.
31. GALPERIM, M.R.A.. Percepção de clientes e membros da Equipe de Enfermagem, de uma unidade de autocuidado, acerca da liberdade de raiz e de ação dos primeiros e seus respectivos locus de controle. Tese de Mestrado, Escola de Enfermagem, UFRGS, Porto Alegre, 1983.
32. FOSTER, P.C.; JANSSENS, N.P.; DOROTHEA E.OREM. In: Nursing Theorie, Conference Group. Nursing Theories the Base for Professional Nursing Practice, New Jersey, Prencice-Hall, Inc., 1980. Pág. 90-106.
33. POLETTI, R.. A Teoria dos Cuidados de Enfermagem em Dorothea E.Orem. In: Os cuidados de Enfermagem - Teorias e Conceitos, Tradução (de) Cecília Pêcego Coelho, mimeografado.
34. MULLIN, V.I.. Implementing the self-care concept in the acute care setting. Nurs.Clin. of North Amer., 1980,

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

Natureza do Estudo

No que se refere ao primeiro e segundo objetivos, este estudo segue o modelo "descritivo" (BASTOS, PAIXÃO & FERNANDES¹, RUDIO², SALOMON³) — pesquisa de opinião — onde se procurou falar da implantação de uma metodologia científica na assistência de enfermagem obstétrica, modelo teórico adotado, dificuldades e vantagens do processo. Envolveu um grupo de enfermeiros de instituições hospitalares governamentais, controlados apenas quanto à possibilidade de representarem a instituição, no que diz respeito ao assunto em pauta.

Quanto ao terceiro objetivo, o trabalho procurou correlacionar a aplicabilidade ou implementação da Teoria do Autocuidado em Enfermagem Obstétrica, através do levantamento das condições da clientela — puérperas de parto eutócico — em consonância com os fatores básicos que contribuem para a capacidade de engajamento em autocuidado; reconhecidos por OREM⁴ como "*determinantes da atividade de auto-cuidado*". É, nesse enfoque, uma pesquisa aplicada. (ABDELLAH & LEVINE⁵, RUDIO²)

Consideramos adequado ressaltar a classificação de RUIZ⁶, que analisa o tema pesquisa sob dois aspectos:

vol. 15 n^o 1, p. 177-190.

35. ANNA, D.J.; CHRISTENSEN, D.G.; HOHON, S.; ORD, L.;
WELLS, S.R.. Implementing OREM's conceptual framework.
Journal of Nursing Administration, Nov./1978, p.8-11.

. quanto à espécie - a pesquisa pode ser Exploratória, Teórica ou Pura, e, Aplicada;

. quanto à metodologia - pode ser Pesquisa de Campo, Pesquisa de Laboratório, e, Pesquisa Bibliográfica.

Dessa forma, quanto à espécie, esse trabalho é uma pesquisa "exploratória" (RUIZ⁶) e/ou "descritiva" (RUDIO², SALOMON³) no que se refere ao primeiro e segundo objetivos. Com relação ao terceiro objetivo, ratifica-se que é uma pesquisa aplicada.

E, é uma pesquisa de campo (CERVO⁷, RUIZ⁶) no que concerne à metodologia.

Universo

Com relação às instituições: fizemos, à princípio, levantamento, em fonte (FIBGE⁸) adequada, de todos os hospitais, do perímetro urbano do Município do Rio de Janeiro, que prestam assistência obstétrica, sob regime de internação. Daí destacamos aqueles que se encontravam em pleno funcionamento no período de agosto de 1984 à julho de 1985.

Optamos, no que se refere às instituições, pelas não particulares, isto é, "governamentais" ou "públicas" (SOUZA⁹, CHAVES¹⁰).

Desta forma, foram destacadas e visitadas 22 instituições hospitalares, codificadas de A à Y (Anexo 3). Des

sas, de início, foram excluídas duas: uma por ser unidade mista e demonstrar, estatisticamente, a média de 12 partos por ano; a outra por ser unidade de assistência à Gestação de Alto Risco e demonstrar, em seus relatórios anuais, elevado percentual - 78% - de partos cirúrgicos (justificável e compatível com o tipo de assistência prestada) destoando da cliente-la aqui selecionada - puérpera de parto eutócico.

Ao final do período de coleta de dados, tivemos que excluir outras duas instituições, somente quanto ao instrumento destinado aos enfermeiros; esses profissionais, por motivos particulares, afastaram-se da instituição não tendo sido substituídos em tempo hábil para serem considerados no presente estudo.

O universo constituiu-se, pois, de enfermeiros e puérperas de parto eutócico dos hospitais destacados.

Amostra

Utilizamos amostragem por determinação (ABDELLAH / LEVINE⁵, BASTOS et alii¹ e SALOMON³). Nosso propósito foi entrevistar enfermeiros que desempenhassem funções próprias da hierarquia máxima dentro da equipe de Enfermagem Obstétrica. Logo, de cada Instituição hospitalar selecionada, foi preenchido um instrumento, denominado DA INSTITUIÇÃO, sob a responsabilidade do Chefe do Serviço de Enfermagem ou de seu substituto ou equivalente, totalizando 18 formulários.

Com relação às puérperas de parto eutócico, en

trevistamos o correspondente a 50% do número de leitos de cada instituição reservado à clientela em estudo, perfazendo um total de 202 formulários.

Mantivemos esse critério até naquelas instituições onde não existe separação de leitos de pós-parto cirúrgico e pós-parto normal ou eutócico. E nestas situações, calculamos 50% do número total de leitos destinados ao puerpério ou pós-parto.

É importante esclarecer que, de posse da informação de leitos destinados às puérperas, calculamos que preencheríamos 247 formulários denominados "DA CLIENTELA" (Quadro 2). Este montante não foi alcançado porque durante o período de coleta de dados algumas instituições, por motivos vários (reforma, dedetização, infecção), sofreram redução temporária quanto ao número de leitos e/ou taxa de internação.

As clientes foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios:

1. puérperas de parto eutócico com mais de seis horas de pós-parto
2. que já tivessem realizado a primeira deambulação
3. sem queixas relevantes
4. com conceito vivo e, aparentemente bem
5. que já tivessem tido algum contato com o seu bebê.

Instrumentos

Dois instrumentos foram, especificamente, construídos para o presente trabalho:

1. "Formulário" (CERVO⁷) denominado "DA INSTITUIÇÃO", constituído de perguntas abertas e fechadas respondidas pelos enfermeiros das instituições visitadas (Anexo 1).

2. "Formulário" (CERVO⁷) denominado "DA CLIENTELA", constituído de perguntas abertas e fechadas, respondido pelas puérperas de parto eutócico, selecionadas para o presente estudo (Anexo 2).

Foi realizado um teste piloto com os dois instrumentos, no período de 15 a 31 de agosto de 1984, após o que ambos sofreram algumas correções e modificações.

Ressaltamos que a instituição onde se fez tal testagem foi incluída no universo da pesquisa. Porém, dada a rotatividade, característica da clientela obstétrica, foram outras, as clientes entrevistadas na coleta de dados, já que essa etapa, nesta maternidade, transcorreu no período de fevereiro de 1985.

Coleta de Dados

Esta fase foi desenvolvida, no período de outubro de 1984 a junho de 1985. A autora contou com o apoio de monitores do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Ana Neri. Esses colaboradores foram ori

entados em conjunto e individualmente, e, ainda, receberam u ma folha Guia de Instrução (Anexo 4) detalhando os pontos principais.

Inicialmente foram feitos contatos telefônicos para a confirmação da assistência obstétrica regular nas ins tituições citadas na fonte de cadastro (FIBGE⁸). Após respos ta positiva, marcamos entrevista com a Chefe do Serviço de Enfermagem com o objetivo de preencher o instrumento I. Pos teriormente, calculamos o percentual de 50% do número total de leitos destinados às puérperas de parto eutócico sendo pois feita a seleção das clientes segundo os critérios pré-estabelecidos.

Dependendo do porte da maternidade, tivemos um número maior ou menor de clientes para entrevistar, consoante o percentual fixado (50%). Deste modo foram feitas em média quatro visitas por instituição, para conclusão desta etapa.

Com o objetivo de eliminar dúvidas, foi nossa pretensão que o preenchimento do formulário I fosse feito de imediato e em presença de quem estivesse coletando os dados. Porém, isso nem sempre aconteceu; principalmente, devido ao fator disponibilidade de tempo dos enfermeiros.

O formulário II, DA CLIENTELA, foi sempre preen chido como se fosse guia de entrevista (CERVO⁷), sendo portan to os dados registrados, pelo entrevistador, de acordo com as respostas obtidas.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A) - Do Instrumento I - "DA INSTITUIÇÃO"

De acordo com a composição do próprio formulário, os dados obtidos referem-se a três partes distintas - 1. Identificação da Instituição; 2. Caracterização do Serviço e 3. Assistência de Enfermagem.

1. Identificação da Instituição

Neste aspecto consideramos, através do endereço da instituição, a zona de localização no Município do Rio de Janeiro; classificamos também, esses hospitais, quanto à entidade mantenedora - governamentais (públicas) e não governamentais (privadas); quanto ao tipo de assistência prestada - geral (com setor de obstetrícia) e especializada (hospital - maternidade); quanto ao porte - extra (com mais de 500 leitos), grande (entre 150 e 500 leitos), médio (entre 50 e 149 leitos) e pequeno (com menos de 50 leitos).

Tabulação e Tratamento Estatístico

A apuração dos resultados foi manual e os dados foram tratados de forma descritiva, com cálculos de frequência absoluta e relativa.

No tocante a hierarquização das atribuições do enfermeiro, na unidade de puerpério, foi aplicado um Teste Não-Paramétrico desenvolvido por KENDALL, intitulado "RANK COMPLETO".

CAPÍTULO II

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BASTOS, L.R.; PAIXÃO, L.; FERNANDES, L.M.. Manual para a
Elaboração de Projetos e Relatórios de Pesquisa, Teses
e Dissertações. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1981 -
2ª edição.
2. RUDIO, F.V.. Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica.
Petrópolis, Editora Vozes, 1980, 4ª edição.
3. SALOMON, D.V.. Como fazer uma monografia: elementos de me-
todologia do trabalho científico. 5ª edição, Belo Ho-
rizonte, Interlivros Ltda., 1977. pág. 141.
4. OREM, D.E.. Nursing: Concepts of Practice. New York, Mc-
Graw-Hill Book Company, 1971.
5. ABDELLAH & LEVINE. Tipologia em Pesquisa e Glossário.
In: Better Patient Care Through Nursing Research, (tex-
to mimeografado cedido pela C.C.P.G. em Enfermagem -
UFRJ)
6. RUIZ, J.A.. Metodologia científica: guia para eficiência
nos estudos. São Paulo, Editora Atlas S.A., 1977. Pág.
50-2
7. CERVO, A.L. & BERVIAN, P.A.. Metodologia científica para
uso de estudantes universitários. 2ª edição, São Pau-
lo, McGraw-Hill do Brasil, 1977. Pág. 40-1.
8. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.
Superintendência de Estatísticas Primárias - DEPSI. Ca

gestão de Estabelecimentos de Saúde - Assistência Médico-Sanitária, V.1, 1976. Rio de Janeiro, IBGE, 1981, p. 528-570.

9. SOUZA, E. De F. Novo manual de enfermagem, Rio de Janeiro, Editora Cultura Médica Ltda., 1974, 6^a edição.
10. CHAVES, M.M.. Saúde e sistemas. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, Serviço de Publicações, 1972.

... com a localização e a
classificação hospitalar

INSTITUIÇÕES VISITADAS	ZONA DE LOCALIZAÇÃO				CLASSIFICAÇÃO HOSPITALAR								
					NÍVEL GOVERNAMENTAL			TIPO ASSIST.		P O R T E			
	NORTE	SUL	CENTRO	OESTE	FED.	EST.	MUNIC.	H. CERAL	H. ESPEC	EX	GDE	MD	PE
A	X				X			X		X			
B	X					X		X				X	
C	X				X			X *			X		
D	X					X		X *		X			
G.	X					X		X				X	
H				X		X		X			X		
J	X				X			X		X			
K	X				X				X			X	
L			X		X				X			X	
M		X					X	X			X		
N	X						X	X				X	
P			X			X		X		X			
Q		X			X			X					X
R		X			X				X*				X
S	X						X	X				X	
T	X						X		X			X	
U	X				X				X			X	
V	X						X	X			X		
SUB-TOTAL	12	3	2	1	8	5	5	13	5	4	4	8	2
	66,67	16,66	11,11	5,56	44,44	27,78	27,78	72,22	27,78	22,22	22,22	44,44	11,11
TOTAL	18				18			18		18			

* Estas instituições são hospitais-escola, estão ligadas à universidade estadual e federal.

As instituições pesquisadas estão localizadas, principalmente, na zona norte do Município do Rio de Janeiro. São, em sua maioria, mantidas pelo Governo Federal, estando conjugadas a Hospitais Gerais. Em decorrência desse fato classificam-se em unidades de médio e grande porte.

Os dados referentes à distribuição e utilização dos leitos dessas instituições, demonstram uma tendência atual de se acomodar as clientes sem discriminar o tipo de parto. Das dezoito instituições, treze confirmam o fato. A introdução do sistema "Rooming-In", entre nós identificado como Alojamento Conjunto, deve ter alguma relação com esta ocorrência porque neste enfoque de assistência puerperal não importa o tipo de parto e sim, as condições maternas frente à possibilidade de cuidar do recém-nato.

2. Caracterização do Serviço

TABELA 1

Distribuição percentual das instituições quanto a existência de serviço ambulatorial de assistência Pré-Natal

(SERVIÇO DE) ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	F	%
Sim	15	83,33
Não	3	16,67
TOTAL	18	100,00

Os dados revelam que na sua maioria, 83,33%, essas instituições desenvolvem a Assistência Pré-Natal.

Os dados referentes à distribuição e utilização dos leitos dessas instituições, demonstram uma tendência atual de se acomodar as clientes sem discriminar o tipo de parto. Das dezoito instituições, treze confirmam o fato. A introdução do sistema "Rooming-In", entre nós identificado como Alojamento Conjunto, deve ter alguma relação com esta ocorrência porque neste enfoque de assistência puerperal não importa o tipo de parto e sim, as condições maternas frente à possibilidade de cuidar do recém-nato.

2. Caracterização do Serviço

TABELA 1

Distribuição percentual das instituições quanto a existência de serviço ambulatorial de assistência Pré-Natal

(SERVIÇO DE) ASSISTÊNCIA PRE-NATAL	F	%
Sim	15	83,33
Não	3	16,67
TOTAL	18	100,00

Os dados revelam que na sua maioria, 83,33%, es sas instituições desenvolvem a Assistência Pré-Natal.

QUADRO 2

Demonstrativo das instituições visitadas de acordo com o número total de leitos, leitos destinados à Obstetrícia, leitos reservados ao puerpério e tipo de puerpério.

INSTITUIÇÕES VISITADAS	Nº TOTAL LEITOS	LEITOS DE OBSTETRÍCIA	LEITOS DE PUERPÉRIO	TIPO DE PUERPÉRIO
A	634	19	13	Único
B	90	10	6	Único
C	316	27	16	Único
D	+ 600	27	13	Único
G	148	88	56	Único
H	176	58	26	Único
J	820	80	32 *	Diferenciado
K	140	110	51 *	Diferenciado
L	140	110	52	Único
M	468	48	36	Único
N	54	24	20	Único
P	+ 500	35	22	Único
Q	46	26	18	Único
R	39	39	10 *	Diferenciado
S	106	106	25 *	Diferenciado
T	70	70	31 *	Diferenciado
U	70	70	50	Único
V	177	38	11	Único

* Estas instituições mantêm, separadamente, leitos de puerpério cirúrgico e leitos de puerpério normal ou eutócico.

Os achados evidenciam que a equipe de assistência à saúde nas unidades obstétricas ainda é reduzida. Conta-se, sempre, apenas com o médico obstetra e o enfermeiro (não habilitado em Enfermagem Obstétrica). Analisando estes dados, em busca de identificar unidades obstétricas que assegurem uma equipe multiprofissional básica, (ao nosso ver constituída pelo médico obstetra, médico pediatra, enfermeiro obstétrico, nutricionista, assistente social e psicólogo), com possibilidade de prestar assistência integral satisfatória, verificamos que apenas uma instituição - 5,55% - garante esta composição profissional. Porém, ao excluirmos o psicólogo, obtemos um percentual de 38,88% - sete instituições - favorecendo este aspecto.

Vale ressaltar que essas unidades obstétricas, em sua maioria, estão conjugadas a hospitais gerais (Quadro 1) com infraestrutura que permite a presença, quando solicitada, dos outros profissionais, (pediatra, anestesista, nutricionista, assistente social, psicólogo).

TABELA 2
Distribuição percentual das instituições
segundo a origem ambulatorial da
clientela

ORIGEM DO PRÓPRIO AMBULATORIO	F	%
Sim	7	38,89
Não	11	61,11
TOTAL	18	100,00

Entretanto, o nível governamental (Quadro 1), des as instituições favorece que em onze - 61,11% - demande uma clientela não originária do serviço ambulatorial próprio, is to é, independente da prévia frequência ao serviço de Assis - tência Pré-Natal.

QUADRO 3 - Demonstrativo da composição qualitativa da equipe de saúde nas unidades obstétricas das instituições visitadas

COMPONENTES DA EQUIPE DE SAÚDE	INSTITUIÇÕES VISITADAS																			
	A	B	C	D	G	H	J	K	L	M	N	P	Q	R	S	T	U	V		
Médico Obstetra	X	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Médico Cardiologista													X	X			X			
M. Clín. Geral								X			X		X		X		X			
M. Endocrinologista													X							
M. Anestesista					X		X	X			X		X	X	X	X	X			
M. Laboratorista								X			X		X	X	X		X			
M. Pediatra	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X		
M. Radiologista											X		X							
Enfermeira	X	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Enf. Obstétrica	X			X	X	X	X			X		X	X	X	X	X	X	X		
Nutricionista	X				X		X	X			X		X	X	X	X	X	X		
Assistente Social	X			X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X			
Psicóloga										X			X							
Não obtido			X						X											

QUADRO 4 - Demonstrativo da composição qualitativa da equipe de enfermagem nas unidades obstétricas das instituições visitadas

COMPONENTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	INSTITUIÇÕES VISITADAS																		
	A	B	C	D	G	H	J	K	L	M	N	P	Q	R	S	T	U	V	
Chefe de Serviço					X			X	X				X	X	X	X	X		
Chefe de Secção	X				X		X	X	X				X		X	X	X		
Chefe de Setor				X	X	X	X		X	X	X	X		X	X			X	
Enfermeiro Líder	X	X		X				X	X	X		X		X			X	X	
Téc. Enfermagem		X												X					
Aux. Enfermagem	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Atendente				X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Aux. de Chefia															X				
Não obtido			X																

Em relação a Equipe de Enfermagem observamos, em todas as instituições pesquisadas, não só a presença do enfermeiro atuando em vários níveis como também o auxiliar de enfermagem participando num total de 100%. O atendente, (em algumas instituições denominados de Auxiliar Operacional de Serviços Diversos), aparece num percentual de 72,22%.

É importante registrar que a equipe de enfermagem constituída pelo Enfermeiro-Chefe de Setor, Enfermeiro Líder, Auxiliar de Enfermagem e o Atendente, só existe em seis das instituições visitadas - 33,33%.

QUADRO 5 - Demonstrativo da qualificação dos enfermeiros nas unidades obstétricas das instituições visitadas

ÁREA DE HABILITAÇÃO	INSTITUIÇÕES VISITADAS																		TOTAL
	A	B	C	D	G	H	J	K	L	M	N	P	Q	R	S	T	U	V	
Enf. Obstétrica	X		X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	15
Enf. Saúde Pública		X	X						X		X	X		X	X	X	X		9
Enf. Méd.Cirúrgica		X							X	X		X		X			X		6
Sem habilitação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	17
Outros cursos									X		X	X					X		4

Considerando a especialidade Enfermagem Obstétrica como área de habilitação profissional dos enfermeiros que atuam em unidades obstétricas, verificamos que quinze instituições - 77,77% - contam com este profissional titulado em Enfermagem Obstétrica.

3. Assistência de Enfermagem

Nesta última parte do formulário I estão relacionadas as informações referentes à assistência de enfermagem. Especificamente neste conjunto, obtivemos dados que respondem aos quatro questionamentos feitos neste trabalho, propiciando, dessa forma, o alcance dos objetivos determinados no Capítulo I.

TABELA 3
Distribuição percentual das instituições segundo o modelo adotado de prestação de cuidados de enfermagem

MODELO ADOTADO	F	%
Escala Funcional	6	33,33
Escala Cuidado Integral	9	50,00
Ambas	3	16,67
TOTAL	18	100,00

Os resultados indicam que em maioria - 50,00% -, as instituições adotam, como forma de operacionalizar a prestação de cuidados de enfermagem, a escala de cuidado integral contra 33,33% que ainda aplicam a escala funcional (centrada em tarefas).

TABELA 4

Distribuição percentual das instituições
segundo o sistema de assistência
do setor de puerpério

SISTEMA DE ASSISTÊNCIA	F	%
Alojamento conjunto	14	77,78
Berçário convencional	2	11,11
Misto	2	11,11
TOTAL	18	100,00

Evidenciamos uma tendência bastante positiva: em quatorze instituições, - 77,78% -, a assistência prestada à puérpera e recém-nato é feita utilizando o sistema de Alojamento Conjunto. Apenas duas instituições, - 11,11% -, mantêm, exclusivamente, o sistema de Berçário Convencional.

TABELA 5

Distribuição percentual das instituições
segundo a realização da consulta de
enfermagem à nível ambulatorial

REALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM	F	%
Sim	6	33,33
Não	11	61,11
Branco	1	5,56
TOTAL	18	100,00

A assistência de enfermagem, à nível ambulatorial, implementada através da consulta de enfermagem é realizada em apenas seis instituições - 33,33%.

TABELA 6
Distribuição percentual das instituições
que realizam consulta de enfermagem
segundo o tipo de consulta realizada

TIPO DE CONSULTA	INSTITUIÇÕES QUE REALIZAM						TOTAL	
	A	C	L	K	P	U	F	%
Pré-Natal	X	X	X*	X	-	X	5	83,33
Neonatal			X		X		2	33,33
Outra	X						1	16,66
TOTAL	2	1	2	1	1	1	8	100,00

* Apenas gestantes de alto risco.

No detalhamento do tipo de consulta de enfermagem realizada, os dados demonstram que a consulta pré-natal é implementada em cinco das seis instituições, 83,33%.

QUADRO 6

Demonstrativo do tipo de impresso utilizado para os registros de enfermagem e padronização destes nas unidades obstétricas das instituições visitadas

INSTITUIÇÃO VISITADA	TIPO DE IMPRESSO				EXISTÊNCIA DE PADRÕES	
	F.U.	I.P.	P.P.	OUTRO	SIM	NÃO
A	X				X	
B	X				X	
C		X				X
D	X					X
G	X					X
H	X				X	
J	X				X	
K	X				X	
L	X				X	
M	X					X
N	X	X			X	
P	X					X
Q	-		X		X	
R	X					X
S	X				X	
T	-	X			X	
U	X					X
V	X			X	X	

LEGENDA: F.U. - Folha Única
 I.P. - Impresso Próprio
 P.P. - Prontuário Paralelo

Com relação aos registros de enfermagem os resultados indicam que, em quinze instituições, estes são assinalados no impresso denominado folha única, obedecendo, em onze delas, padrões pré-estabelecidos.

O próximo quadro refere-se, diretamente, ao primeiro e segundo questionamentos. Através de perguntas quase que repetitivas, a autora deste trabalho, buscou consistência no sentido de, positivamente, identificar quantas das instituições, em estudo, utilizam a metodologia científica na assistência de enfermagem.

QUADRO 7

Demonstrativo da sistematização da assistência de enfermagem, referencial teórico utilizado e etapas do processo implantado nas unidades obstétricas das instituições visitadas

INSTITUIÇÕES VISITADAS	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM CONFORME MÉTODO CIENTÍFICO					REFERENCIAL TEÓRICO			ETAPAS DO PROCESSO	
	SEM	NÃO	ANO INTROD.	NÃO INTROD.	EM BRANCO	SEM	NÃO	QUAL	QUANTAS	QUAIS
A	X		1932			X		A, F	3	H, PC, E
B		X		X			X			
C	X		1953				X	A	3	H, PC, E
D		X		X			X			
G		X		X			X			
H	X				X	X		Ø		
J	X				X		X	A		
K	X		1953			X		A	3	H, PC, E
L		X		X			X	E		
M		X		X			X			
N		X		X			X			
P	X		1978			X		G	3	H, PC, E
Q		X		X			X			
R		X		X			X			
S		X		X			X			
T		X		X			X			
U		X		X			X			
V		X		X			X			
SUB-TOTAL	6	12	04	12	2	4	16	-	4	-
%	33,33	66,67	22,22	66,67	11,11	22,22	77,78	-	22,22	-
TOTAL	18		16			18			-	

LEGENDA

- | | | | |
|---|-------------------|---|---|
| A | Lygia Paím | Ø | Bibliografia Técnica Científica e Cultural |
| F | Rosalda Paím | E | Rotineiro de Trabalho; Ordens e Normas de Serviço |
| G | Liliana F. Daniel | A | Em branco |

H, PC, E = Histórico, Plano de Cuidados e Evolução

Um primeiro dado é obtido quando inquirimos sobre a sistematização da Assistência de Enfermagem de acordo com o método científico. Seis instituições responderam positivamente representando 33,33%. Esta informação seria confirmada ou não, pelo questionamento sobre o ano de introdução da citada metodologia. Neste caso ocorreu retificação, observamos uma redução para o percentual 22,22%, correspondendo a quatro instituições, que forneceram o ano de introdução da metodologia científica. Notamos, além disso, que das quatro experiências, tres, - 75% -, concentram-se num período de tempo bastante próximo.

Em resposta ao segundo questionamento deste estudo - "Que referencial teórico tem sido mais adequado à clientela e equipe de enfermagem, dentre as experiências de implantação?" - obtivemos informações positivas de quatro instituições (22,22%). Porém questionado qual seria esse referencial utilizado, os dados revelaram uma certa dificuldade de entendimento da terminologia, denotando séria confusão na escolha e utilização desses referenciais. Assinalamos um dissenso na utilização de autores de enfermagem.

Obtivemos confirmação, de implantação do processo de enfermagem, destacando quatro instituições que a fazem em três etapas denominadas: Histórico, Plano de Cuidados e Evolução.

Este achado, referente às instituições que introduziram a Metodologia da Assistência de Enfermagem, foi, por nós, considerado verdadeiro porque coincide com o percentual

obtido no questionamento "ano de introdução da Metodologia Científica na Assistência de Enfermagem".

Sob o título de: "Informações adicionais acerca da etapa de coleta de dados da clientela assistida, agrupamos dados relativos à identificação, pela clientela, dos componentes da equipe de enfermagem; ao levantamento de dados da clientela assistida, quando e como é realizado.

Estes aspectos ficam visualizados no Quadro 8.

QUADRO 8

Demonstrativo de algumas informações adicionais acerca da
etapa de coleta de dados da clientela assistida,
nas unidades obstétricas das instituições visitadas

INSTITUIÇÃO VISITADA	IDENTIFI- CAÇÃO DA EQ. ENF.		LEVANTAMENTO DE DADOS										
			REALIZA- ÇÃO		OPORTUNIDADE				OPERACIONALIZAÇÃO				
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	I	II	III	IV	Δ	∇	Θ	Σ	
A	X		X		X								
B		X		X									
C	X		X		X					X	X		
D	X			X									
G	X			X									
H	X		X		X	X				X*			
J		X		X									
K	X		X		X	X				X	X		X
L		X		X									
M	X			X									
N	X			X									
P		X	X		X	X				X	X	X	
Q	X			X									
R		X		X									
S	X			X									
T	X		X		X			X	X		X*		
U		X		X									
V		X		X									

LEGENDA:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------|
| Δ com roteiro | I admissão |
| ∇ através o Exame Físico Obstétrico | II durante a internação |
| Θ eventualmente | III diariamente |
| Σ através a Avaliação da Assistência | IV na alta |
| * realizado pelo médico obstetra | |

Os resultados evidenciaram certa dispersão entre identificação dos componentes da equipe de enfermagem (61,11%) e realização da coleta de dados (38,88%). Apontamos ainda que na análise de causalidade, extraída das correlações "SIM-SIM", "NÃO-NÃO", "SIM-NÃO" e "NÃO-SIM", o maior percentual coube a seis instituições (33,33%) onde, na opinião dos enfermeiros, a equipe de enfermagem é identificada, porém não realizam a coleta de dados.

A coleta de dados é desenvolvida principalmente na sala de admissão 30,33%, com utilização de roteiro específico - 33,33%.

TABELA 7

Distribuição percentual das dificuldades
enfrentadas face à sistematização da
assistência de enfermagem

DIFICULDADES	F	%
Recursos humanos e materiais insuficientes	6	33,333
Recursos humanos qualitativa e quantitativamente insuficientes	1	5,556
Pessoal tecnicamente deficiente	2	11,111
Pessoal e serviço de admissão e alta ausentes	1	5,556
Inexistência de treinamento de pessoal	1	5,556
Reação negativa da Equipe de Enfermagem	1	5,556
Utilização conjunta do impresso de evolução	1	5,556
Utilização conjunta do impresso de prescrição	1	5,556
Em Branco	4	22,220
TOTAL	18	100,000

TABELA 8

Distribuição percentual das vantagens obtidas
com a implementação da sistematização da
assistência de enfermagem

VANTAGENS	F	%
Melhoria no atendimento da clientela	2	11,110
Melhor atenção ao paciente	1	5,556
Melhoria na assistência e no registro científico	1	5,556
Valorização e reciclagem do enfermeiro	1	5,556
Valorização e eficiência do enfermeiro	1	5,556
Em branco	12	66,666
TOTAL	18	100,000

Os resultados apresentados nas Tabelas 7 e 8 referem-se ao terceiro questionamento - "Quais os obstáculos que, mais frequentemente, se opõem à implantação do processo de enfermagem, na área obstétrica?" - Demonstraram, na Tabela 7, que as dificuldades relacionam-se com: insuficiência de recursos humanos e materiais (33,33%) e deficiência técnica dos referidos recursos humanos. Quatro formulários ficaram em branco.

Procuramos também detectar, as possíveis vantagens advindas da implementação do processo de enfermagem. Na Tabela 8 identificamos, dentre as experiências, u'a nítida correlação com a melhoria da assistência de enfermagem e valorização do profissional. O elevado percentual de instrumentos em branco, reporta-se (em nossa opinião) às instituições que não experienciaram a implementação de nenhum tipo de metodologia da assistência de enfermagem.

TABELA 9

Distribuição percentual das instituições visitadas segundo a oportunidade de realização do exame físico-obstétrico

OPORTUNIDADE	F	%
Diariamente	17	94,444
Na admissão	1	5,556
TOTAL	18	100,000

O exame físico-obstétrico, na maioria das instituições (94,44%) é realizado diariamente.

A exceção corresponde a uma instituição onde se desenvolve uma avaliação geral (exame físico-obstétrico) da cliente apenas no momento da admissão.

Importa registrar que essa periodicidade indica da não engloba a informação acerca do desenvolvimento do procedimento em todas as suas etapas.

QUADRO 9

Demonstrativo dos componentes da equipe de saúde que realizam o exame físico-obstétrico, segundo informação de enfermeiros das instituições visitadas

COMPONENTE QUE REALIZA O EXAME FÍSICO OBSTÉTRICO	INSTITUIÇÕES VISITADAS																		TOTAL	
	A	B	C	D	G	H	J	K	L	M	N	P	Q	R	S	T	U	V	F	%
Obstetra	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	18	100,00
Enf. Obstétrico			X									X		X				3	16,66	
Enfermeiro			X	X				X										3	16,66	
Ac. de Enfermagem			X	X				X				X		X				5	27,77	
Ac. de Medicina	X		X	X										X		X		5	27,77	
Res. de Medicina	X	X			X	X	X			X	X			X		X	X	10	55,55	
Int. de Medicina			X	X										X				3	16,66	
Mestrando														X				1	5,55	
Doutorando														X				1	5,55	

O exame físico-obstétrico é procedimento principalmente realizado por profissionais da área médica - obstetra e médico residente, em todas as instituições (18) ou na maioria delas (10), respectivamente. A representatividade na área de enfermagem é bem reduzida e evidencia uma participação, maior, do acadêmico de enfermagem.

QUADRO 10

Priorização das atribuições do enfermeiro
na unidade de puerpério, segundo a
opinião de enfermeiros das
instituições visitadas
Ordenação (ranking) completa

INSTI- TUIÇÃO	ATRIBUIÇÕES									
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
A	1	-	1	2	1	2	3	2	2	3
B	7	8	1	1	2	9	5	6	4	3
C	-	1	1	2	2	3	1	-	1	2
D	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1
G	7	9	5	3	1	10	8	6	4	2
H	1	1	1	1	1	1	-	1	1	1
J	4	5	1	3	2	7	6	7	-	-
K	2	2	1	1	2	3	2	3	1	1
L	4	3	1	2	2	6	1	5	1	2
M	7	8	1	4	3	9	1	2	5	6
N	2	3	2	1	1	2	3	4	3	2
P	5	1	2	3	3	4	2	2	3	4
R	9	6	1	3	4	10	2	8	5	7
S	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-
T	-	-	1	1	1	-	2	2	2	1
U	-	-	1	3	-	5	2	-	-	4
V	4	1	1	1	1	-	1	3	1	2
R _i	55	49	23	32	29	73	40	52	34	41

LEGENDA: I Administrar medicamentos
 II Realizar admissão
 III Visitar diariamente a clientela
 IV Prescrever cuidados de enfermagem
 V Elaborar plano de cuidados
 VI Agendar retorno
 VII Realizar exame obstétrico
 VIII Realizar coleta de dados
 IX Fazer evolução de enfermagem
 X Fazer avaliação do cuidado prestado

H_0 - O julgamento é aleatório, isto é, há inconsistência, ou ainda há dissenso no tocante à metodologia científica de enfermagem.

H_a - Há consenso no tocante à metodologia científica de enfermagem.

$$\sum R_i = 428 \quad n = 10 \quad m = 17$$

$$\frac{\sum R_i}{n} = \frac{428}{10} = 42,8$$

$$S = \sum_{i=1}^n (R_i - \frac{\sum R_i}{n})^2$$

$$S = (55-42,8)^2 + (49-42,8)^2 + (23-42,8)^2 + (32-42,8)^2 + (29-42,8)^2 + (73-42,8)^2 + (40-42,8)^2 + (52-42,8)^2 + (34-42,8)^2 + (41-42,8)^2$$

$$S = 148,84 + 38,44 + 392,04 + 116,64 + 190,44 + 912,04 + 7,84 + 84,64 + 77,44 + 3,24$$

$$S = 1971,6$$

$$S_{\max} = \frac{m^2 (n^3 - n)}{12}$$

$$S_{\max} = \frac{17^2 (10^3 - 10)}{12} = \frac{289 (1000 - 10)}{12} = \frac{289 \times 990}{12} = 23842,5$$

$$W = \frac{12S}{S_{\max}} = \frac{12 \times 1971,6}{23842,5} = 0,992312$$

Correção de continuidade

$$W = \frac{S - 1}{\frac{m^2 (n^3 - n)}{12} + 2} = \frac{S - 1}{S_{\max} + 2}$$

$$F = \frac{(m-1)W}{1-W} \sim F(f_1, f_2, \alpha)$$

$$\text{onde } f_1 = (n-1) - \frac{2}{m} \quad \text{e} \quad f_2 = (m-1) \left[(n-1) - \frac{2}{m} \right]$$

Logo

$$W = \frac{1971,6 - 1}{23842,5} = \frac{1970,6}{23842,5} = 0,0826$$

$$F = \frac{16 \times 0,0826}{1 - 0,0826} = \frac{1,3216}{0,9174} = 1,4406$$

$$f_1 = 9 - \frac{2}{17} = 8,88 = 9$$

$$f_2 = 16 \times 9 \therefore q = 144$$

$$F_{(9,144, \alpha)} = 1,4406$$

$$F_{\text{tab}} = \begin{array}{l} F_{(9; 125; 0,01)} = 2,55 \\ F_{(9; 150; 0,01)} = 2,53 \end{array}$$

Como $F_{\text{cal}} < F_{\text{tab}}$ aceita-se H_0 , isto é, aceita-se a hipótese nula de que há dissenso no julgamento dos respondentes acerca das atribuições do enfermeiro na unidade de puerpério, com um grau de confiança de 99%.

TABELA 10
 Distribuição percentual das instituições visitadas
 segundo a opinião dos enfermeiros, quanto a
 possibilidade da puérpera de parto eutócico
 responsabilizar-se pelo autocuidado
 ainda na maternidade

POSSIBILIDADE	CAUSAS	F	%
Sim	É importante e benéfico	2	11,111
	Promove aprendizado	3	16,667
	Não existe doença	4	22,222
	Com orientação e supervisão	3	16,667
	Possibilita segurança, tranquilidade e continuidade no lar	5	27,778
Não	Por desinformação e outras dificuldades	1	5,555
TOTAL		18	100,000

Os dados referentes a opinião dos enfermeiros, quanto a possibilidade da puérpera de parto eutócico ser o principal agente de seu próprio cuidado ainda na maternidade, indicam elevado percentual de positividade - 94,445%. Apenas um enfermeiro discordou. Agrupamos as causas, segundo os enfermeiros, dessa capacidade de autocuidado correlacionando-as com a possibilidade ou não.

B) - Do instrumento II, denominado "DA CLIENTELA"

O formulário II foi respondido por 202 clientes, puérperas de parto eutócico, que satisfizeram os critérios estabelecidos no capítulo II. Constituiu-se de cinco partes que agrupou os dados referentes à 1) Identificação, 2) Situação socioeconômica, 3) Aspectos gestacionais, 4) Relação afetiva e 5) Percepções e expectativas.

1. Identificação

As tabelas 11, 12, 13 e 14 apresentam dados que nos permitiram identificar a amostra correspondente ao instrumento II.

TABELA 11

Distribuição percentual das entrevistadas
segundo a faixa etária

IDADE	ENTREVISTADAS	
	F	%
14 - 19	16	7,92
19 - 24	79	39,11
24 - 29	62	30,69
29 - 34	26	12,87
34 - 39	16	7,92
39 - 44	2	0,99
44 - 49	1	0,50
TOTAL	202	100,00

TABELA 12

Distribuição percentual das entrevistadas
segundo o estado civil

ESTADO CIVIL	ENTREVISTADAS	
	F	%
Solteira	116	57,44
Casada	80	39,60
Desquitada	2	0,99
Divorciada	1	0,49
Separada	2	0,99
Em branco	1	0,49
TOTAL	202	100,00

TABELA 13

Distribuição percentual das entrevistadas
segundo a religião

CREDOS	ENTREVISTADAS	
	F	%
Católica	162	80,200
Espírita	9	4,455
Protestante	4	1,980
Test. de Jeová	2	0,990
Ass. de Deus	2	0,990
Cristão	2	0,990
Igr. Universal	1	0,495
Batista	2	0,990
Adventista	1	0,495
Budista	1	0,495
Presbiteriana	1	0,495
Igr. da Bênção	1	0,495
Crente	2	0,990
Crê em Deus	2	0,990
Não tem	10	4,950
TOTAL	202	100,000

FIGURA 1 - Incidência de puérperas de parto eutócico segundo as classes quinquenais de idade.



TABELA 14

Distribuição percentual das entrevistadas
segundo o nível de escolaridade

ESCOLARIDADE	ENTREVISTADAS	
	F	%
1º grau incompleto	110	54,46
1º grau	30	14,85
2º grau incompleto	11	5,45
2º grau	29	14,36
3º grau incompleto	01	0,49
3º grau	01	0,49
Analfabeto	14	6,93
Em branco	06	2,97
TOTAL	202	100,00

As clientes entrevistadas concentram-se na faixa etária entre 19 e 24 anos, 39,11%, sendo que 69,80% estão entre dezenove e vinte e nove anos; são solteiras, 57,44% informam apoiar-se na religião católica 80,20% e a maioria 54,46% apresenta nível de escolaridade correspondente ao 1º grau incompleto. Importante registrar que 90,10% acusam algum nível de escolaridade, variando do 1º grau incompleto ao 3º grau completo.

A Figura 1 ajuda-nos a visualizar a grande incidência de puérperas na classe de 19 a 24 anos.

2. Situação socioeconômica

TABELA 15

Distribuição percentual das entrevistadas
segundo as condições de moradia

MORADIA CONDIÇÕES DE USO	ENTREVISTADAS	
	F	%
Própria	105	51,98
Alugada	67	33,17
Emprestada	14	6,93
De favor	10	4,95
Outro	6	2,97
TOTAL	202	100,00

TABELA 16

Distribuição percentual das entrevistadas
segundo a estrutura física da moradia

MORADIA ESTRUTURA FÍSICA	ENTREVISTADAS	
	F	%
Casa	132	65,35
Apartamento	31	15,35
Sítio	3	1,48
Barraco	21	10,40
Outro	15	7,42
TOTAL	202	100,00

TABELA 17

Distribuição percentual das entrevistadas
segundo o número de cômodos da moradia

MORADIA NÚMERO DE CÔMODOS	ENTREVISTADAS	
	F	%
01	23	11,38
02	21	10,40
03	26	12,87
04	49	24,26
05	43	21,29
06	22	10,89
07	8	3,96
+ 07	8	3,96
Em Branco	2	0,99
TOTAL	202	100,00

TABELA 18

Distribuição percentual das entrevistadas
segundo o número de pessoas por moradia

MORADIA NÚMERO DE PESSOAS	ENTREVISTADAS	
	F	%
02	5	2,48
03	58	28,71
04	49	24,26
05	33	16,34
06	16	7,92
07	13	6,43
08	08	3,96
+ 08	18	8,21
Em Branco	02	0,99
TOTAL	202	100,00

Os achados correspondentes à situação socioeconômica permitiu-nos determinar que a maioria tem residência própria, 51,98%, a estrutura física segue o modelo, convencionalmente denominado casa, 65,35%, a moradia compõe-se por quatro cômodos - quarto, sala, cozinha e banheiro - 24,26% ou cinco - dois quartos - 21,29%, coabitam principalmente uma família de tres membros - 28,71%.

3. Aspectos Gestacionais

As Tabelas 19, 20, 21 e 21-a focalizam o envolvimento, interesse e participação da cliente no processo gestacional. Relacionamos, segundo nossa prática: a) auto conhecimento do ciclo menstrual; b) interesse na assistência à saúde e orientações pertinentes e c) ocorrência da gestação.

TABELA 19 - Distribuição percentual das entrevistadas segundo informação da data da última menstruação e frequência a serviços de acompanhamento pré-natal

PUÉRPERA DE PARTO EUTÓCICO	INFORMARAM DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO				FREQUENTARAM SERVIÇOS DE						
					AMB. PRÉ - NATAL			CURSO DE PARTO PSICOPROFILÁTICO			
	FREQUÊNCIA	COMPL.	INCOMPL.	NÃO SABE	TOTAL	SIM	NÃO	TOTAL	SIM	NÃO	EM BRANCO
ABSOLUTA	148	31	23	202	156	46	202	19	176	7	202
RELATIVA	73,27	15,35	11,38	100,00	77,23	22,77	100,00	9,40	87,13	3,47	100,00

Os dados demonstram que a maioria, 73,27% soube indicar de forma completa (dia, mes ano) a data da última menstruação, de forma incompleta (mes e ano) - 15,35% e às que não souberam informar coube o menor percentual - 11,38%. Com relação à cobertura da Assistência Pré-Natal, os dados evidenciam uma procura de 77,23% ao ambulatório de pré-natal enquanto a frequência aos cursos de parto psicoprofilático foi bem reduzida - 9,40%.

TABELA 20

Distribuição percentual das entrevistadas segundo a informação de ocorrência desta gestação

FORMA DE OCORRÊNCIA DA GESTAÇÃO	FREQUÊNCIAS	
	ABSOLUTAS	RELATIVAS
Programada	53	26,24
Acidental aceita	113	55,94
Não acidental aceita	23	11,38
Rejeitada	13	6,44
TOTAL	202	100,00

Os resultados permitem-nos afirmar que a ocorrência da gestação, nesta clientela, foi um processo principalmente aceito - 67,32%. Incluindo-se nestes, 55,94% de situações a cidentais. A existência de gestações programadas refere-se a um percentual de 26,24% contra 6,44% de gravidezes rejei tadas.

Os dados revelam que em maioria - 76,73% - as clientes receberam orientação sobre gravidez, parto e puerpério, nesta gestação. E, dentre os agentes responsáveis por essa orientação evidencia-se o médico - 29,03%; a mãe-25,81%; e o enfermeiro - 14,84%.

4. Relação Afetiva

Neste aspecto, fizemos correlação entre a escolha do nome do bebê (que quase sempre explicita o desejo dos pais acerca do sexo do concepto), a disponibilidade e satisfação de preparar-se para cuidar dele e o desejo de amamentá-lo.

TABELA 21

Distribuição percentual das entrevistadas segundo a informação de recebimento de orientação e do agente desta

RECEBIMENTO DE ORIENTAÇÃO	FREQUÊNCIAS	
	ABSOLUTA	RELATIVA
Sim	155	76,73
Não	47	23,27
TOTAL	202	100,00

TABELA 21-A

AGENTE ORIENTADOR	FREQUÊNCIAS	
	ABSOLUTA	RELATIVA
Mãe	40	25,81
Médico	45	29,03
Enfermeiro	23	14,84
Sogra	10	6,45
Irmã	8	5,16
Cunhada	11	7,10
Vizinho	10	6,45
Outro	8	5,16
TOTAL	155	100,00

TABELA 21

Distribuição percentual das entrevistadas segundo a informação de recebimento de orientação e do agente desta

RECEBIMENTO DE ORIENTAÇÃO	FREQUÊNCIAS	
	ABSOLUTA	RELATIVA
Sim	155	76,73
Não	47	23,27
TOTAL	202	100,00

TABELA 21-A

AGENTE ORIENTADOR	FREQUÊNCIAS	
	ABSOLUTA	RELATIVA
Mãe	40	25,81
Médico	45	29,03
Enfermeiro	23	14,84
Sogra	10	6,45
Irmã	8	5,16
Cunhada	11	7,10
Vizinho	10	6,45
Outro	8	5,16
TOTAL	155	100,00

TABELA 22
Distribuição percentual das entrevistadas
segundo a informação da existência
de nome escolhido e do
autor da escolha

HOUE A ESCOLHA DO NOME DO BEBÊ	FREQUÊNCIA	
	ABSOLUTA	RELATIVA
Sim	114	56,44
Provisório	21	10,39
Não	67	33,17
TOTAL	202	100,00

TABELA 22-A

AUTOR DA ESCOLHA	FREQUÊNCIAS	
	ABSOLUTA	RELATIVA
Mãe	56	41,48
Pai	41	30,37
Ambos	25	18,52
Outros	11	8,15
Avós	1	0,74
Padrinho	1	0,74
TOTAL	135	100,00

Na detecção da relação afetiva, os dados demonstram que 56,44% dos bebês já têm nome escolhido em definitivo ou, pelo menos provisório - 10,39%. E, o autor da escolha, na maioria das vezes é a mãe - 41,48%, o pai - 30,37% ou ambos - 18,52%.

TABELA 23
Distribuição percentual das entrevistadas
segundo a informação e opinião sobre
o agente prestador de cuidados ao bebê

AGENTE DOS CUIDADOS AO BEBÊ	INFORMAÇÃO DE QUEM CUIDARÁ		OPINIÃO DE QUEM DEVERIA CUIDAR	
	F	%	F	%
A mãe	103	51,00	146	72,28
A mãe auxiliada	67	33,17	19	9,40
A empregada	1	0,49	0	0
A babá	1	0,49	0	0
A avô	20	9,90	36	17,82
A amiga	2	0,99	1	0,50
Outro	8	3,96	0	0
TOTAL	202	100,00	202	100,00

Outra informação é de que a própria puérpera - 84,17%, só (51,00%) ou auxiliada (33,17%) será o agente prestador de cuidados ao bebê. Confirmamos este achado com a opinião das puérperas de que deve ser mesmo a mãe - 81,68%, só (72,28%) ou auxiliada (9,40%), o principal agente prestador de cuidados ao bebê, no primeiro mes de vida.

Em maiores detalhes, a Tabela 23 permitiu-nos considerar que, na opinião dos respondentes, a mãe pode ser substituída pela avô nos cuidados ao bebê. O percentual referente à empregada, à babá e outro agente anularam-se e incrementaram o elo familiar - a avô.

TABELA 24

Distribuição percentual das entrevistadas segundo a ocorrência e causa da amamentação

OCORRÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO	CAUSAS	F	%
Sim	É importante para o bebê	56	33,14
	A mamãe sente-se bem	33	19,53
	É importante para ambos	80	47,33
	TOTAL	169	83,66

Não	Recém nato na incubadora	6	18,18
	Recém nato não sugou	6	18,18
	Recém nato não veio do berçário	5	15,15
	Não tem leite	9	27,27
	Não pode	2	6,07
	Não tem autorização	3	9,09
	Tem medo	1	3,03
	Tem fissura	1	3,03
	TOTAL	33	16,34
TOTAL		202	100,00

Estes resultados denotam que em maioria - 83,66% as puérperas estão amamentando e justificam ser isto importante e benéfico para o bebê, para elas próprias ou, para ambos.

5. Percepções e Expectativas

Neste item procuramos identificar, relacionar e ressaltar as condições da clientela estudada, puérpera de parto eutócico, segundo a auto percepção e face à possibilidade de autocuidar-se.

QUADRO 11
Demonstrativo das necessidades humanas básicas alteradas no pós-parto, segundo as entrevistadas

CLASSIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	CONDIÇÃO NO PÓS-PARTO	
		ALTERADA	INALTERADA
Psicobiológicas	Respiração	6	196
	Alimentação	21	181
	Hidratação	14	188
	Sono	41	161
	Repouso	14	188
	Eliminação vesical	13	189
	Eliminação intestinal	59	143
	Deambulação	51	151
	Atividades de pós-parto	25	177
Psicossociais	Interação com o pessoal do hospital	1	201
	Interação com as outras puérperas	4	198
	Adaptação ao ambiente	18	184
	Adaptação ao conceito	10	192
	Adaptação ao marido	20	182
	Adaptação aos familiares	9	193

Os dados indicam que a condição puerperal determinou, principalmente, modificações relacionadas às necessidades psicobiológicas. Ainda assim, essas alterações, concer-nentes à eliminação intestinal, deambulação e sono, foram as mais significativas. Aquelas referentes às necessidades psi-cossociais evidenciam-se na adaptação ao marido e ao ambiente.

QUADRO 12

Demonstrativo da ordenação de sensações auto-percebidas no momento da entrevista

ORDEM	EM CONJUNTO	SENSAÇÕES	QUANTIDADE
1ª	Revelam Bem-Estar	Satisfeita	132
2ª		Tranquila	88
3ª		Bem	83
4ª		Disposta	77
5ª		Otimista	74
6ª	Revelam Problemas	Preocupada	73
7ª		Ansiosa	68
8ª		Emotiva	42
9ª		Sonolenta	39
10ª		Cansada	36
11ª		Tensa	25
12ª		Chorosa	20

A auto-percepção das próprias sensações no momento da entrevista, ordenada, constitui um conjunto de dados que revelam bem-estar. É importante notar que os índices das situações que revelam problemas são sempre inferiores aos primeiros.

Demonstrativo da ordenação e classificação de problemas e/ou desconfortos emergentes no pós parto imediato e mediato

ORDEM	PROBLEMAS E/OU DESCONFORTOS	QTD.	CLASSIFICAÇÃO*	
1º	Necessidade de agradecer à Deus	148	PE	PP
2º	Cólicas uterinas	138	PB	PP
3º	Vontade de orar (rezar)	118	PE	PP
4º	Sede	104	PB	PP
5º	Dor ao sentar	99	PB	PP
6º	Fome	82	PB	PP
7º	Preocupação com os outros filhos	79	PS	PP
7º	Mamas doloridas	79	PB	PP
8º	Medo de evacuar	76	PB	PP
9º	Dor ao andar	74	PB	PP
10º	Medo de sentar	73	PB	PP
11º	Preocupação com este filho	70	PS	PP
12º	Tonteira	68	PB	PP
13º	Dificuldade para dormir	63	PB	PP
14º	Preocupação com o marido	56	PS	PP
15º	Dificuldade para movimentar-se	54	PB	PP
16º	Pouco leite	50	PB	PP
17º	Gases	45	PB	PP
18º	Leite agüado	38	PS	PP
18º	Mamilos fissurados	38	PB	PP
18º	Insegurança para cuidar do bebê	38	PS	PP
19º	Falta de sono	37	PB	PP
20º	Pernas inchadas	33	PB	NP
21º	Dor de cabeça	32	PB	NP
22º	Perda sanguínea aumentada	24	PB	PP
23º	Dor ao urinar	23	PB	PP
24º	Mamilos planos e/ou invertidos	20	PB	PP
25º	Medo de amamentar	11	PS	PP
26º	Dor de dentes	10	PB	NP

* Legenda: PB - necessidades psicobiológicas
 PS - necessidades psicossociais
 PE - necessidades psicoespirituais
 PP - próprios ou pertinentes do pós-parto
 NP - não próprios ou não pertinentes ao pós-parto

FIGURA 2 - Incidência dos problemas e/ou desconfortos emergentes no pós parto segundo as necessidades humanas básicas.

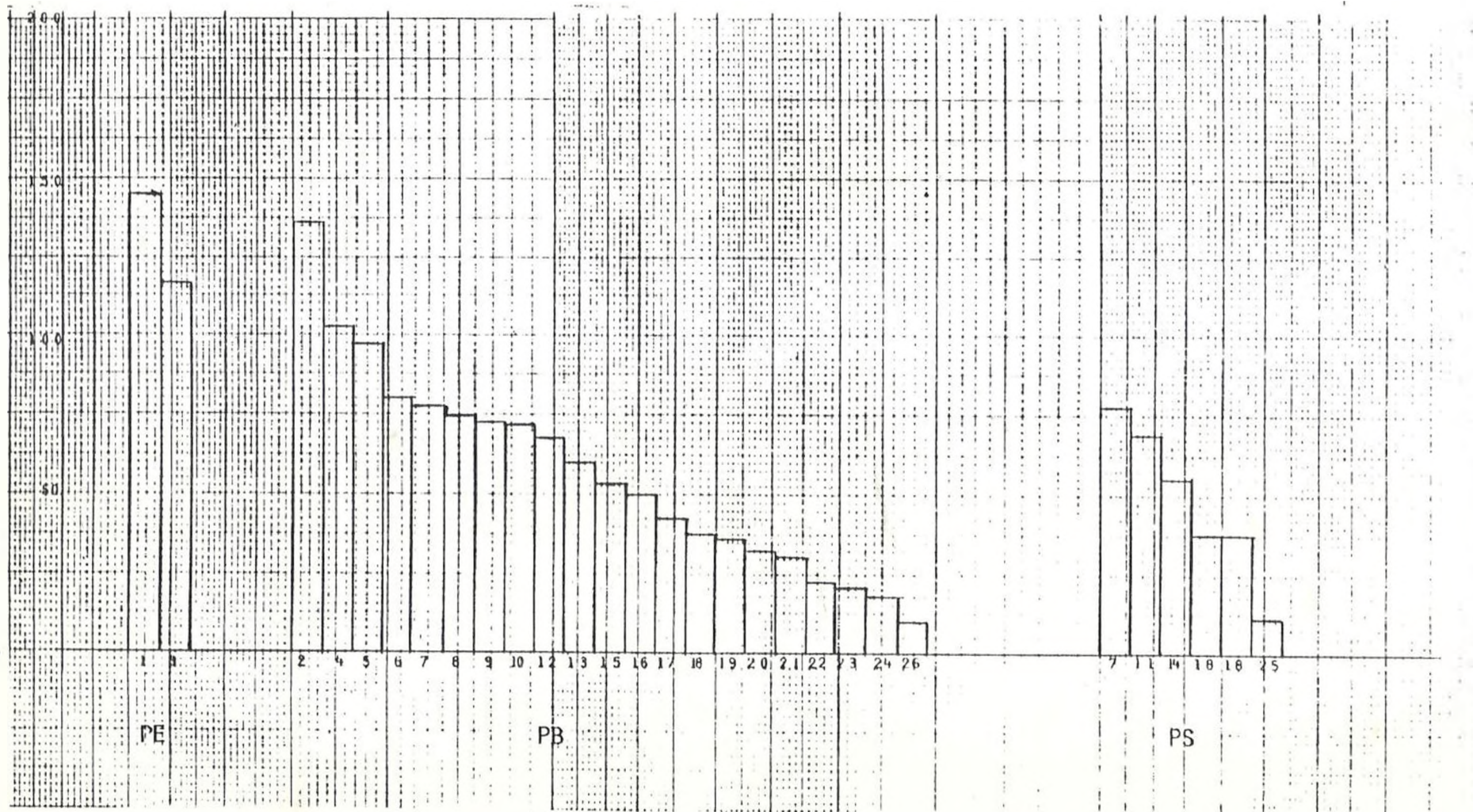
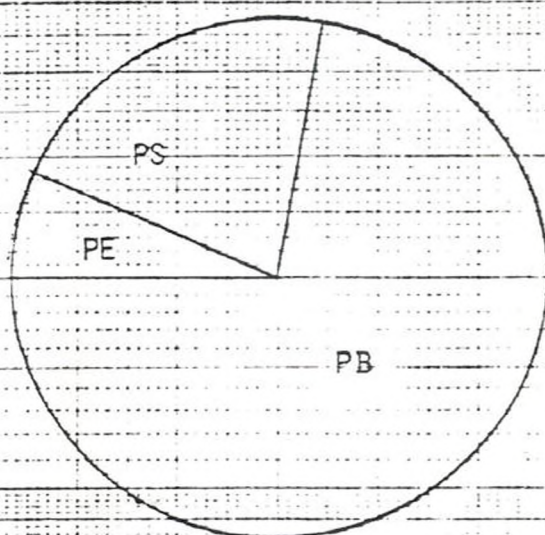


TABELA 25
Distribuição percentual da opinião das
entrevistadas segundo a capacidade de
autocuidar-se durante o puerpério
(resguardo)

CAPACIDADE	F	%
Sim	193	95,54
Não	9	4,46
TOTAL	202	100,00

Estes dados permitem-nos afirmar que a maioria, 95,54%, considera ter capacidade de autocuidar-se durante o período puerperal.

FIGURA 3 - Preponderância dos problemas e/ou desconfortos emergentes no pós parto face a classificação das necessidades humanas básicas de J. Mohana



NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	FREQUÊNCIAS	
	ABSOLUTAS	RELATIVAS (%)
Psicobiológica PB	21	72,41
Psicoespiritual PE	2	6,90
Psicossocial PS	6	20,69
TOTAL	29	100,00

Os achados referentes aos problemas e/ou desconfortos emergentes no pós-parto imediato e mediato foram tratados sob dois aspectos:

- a) - quantitativo, dando subsídio à proposta de ordenação;
- b) - qualitativo, permitindo a proposta de classificação
 - b.1 - quanto à origem - necessidade afetada: necessidades psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual;
 - b.2 - quanto à decorrência - situação obstétrica: dividem-se em "Próprios ou Pertinentes ao pós-parto" e "Não Próprios ou Não Pertinentes ao pós-parto".

Importante registrarmos a relevância da necessidade psicoespiritual - 1^a e 3^a ordenação; o múltiplo envolvimento e a preponderância de necessidades psicobiológicas - 2^a, 4^a, 5^a, 6^a, 7^a, ... 26^a ordenação e a alternância de necessidades psicossociais - 7^a, 11^a, 14^a, 18^a, 25^a ordenação, conforme destacado na Figura 2. Verificamos também que até a 19^a ordenação, todos os problemas e/ou desconfortos são qualificados como próprios ou decorrentes do pós-parto.

A Figura 3 exhibe a agregação dos problemas e/ou desconfortos quanto à origem - necessidades humanas básicas segundo a classificação de João Mohana.

TABELA 26
Distribuição percentual da opinião das
entrevistadas segundo as causas que
justificam a capacidade de auto-cuidar-se

CAUSAS (AGRUPADAS POR SITUAÇÕES)	F	%
Situações que refletem ter condições físicas	153	75,74
Situações que refletem ser normal e corriqueiro	13	6,44
Situações que refletem ser a única opção	13	6,44
Situações que refletem a existência da ajuda	9	4,45
Situações que refletem interesse em aprender	5	2,48
Situações que refletem não ter capacidade	9	4,45
T O T A L	202	100,00

Observamos que a opinião positiva quanto à capacidade de autocuidar-se durante o período puerperal, justifica-se, principalmente - 75,74%, através de causas agrupadas em situações que refletem a existência de condições físicas.

No Quadro 14 obtivemos informações que de monstram a existência de dúvidas quanto a assuntos relacionados com o auto-cuidado e com o cuidado do bebê, sendo que es tes, receberam uma pontuação superior àquela.

QUADRO 15
Ordenação de informações adicionais que
as respondentes gostariam de obter

ORDEM	INFORMAÇÕES ADICIONAIS	QTD.
1º	Curativo umbilical	93
2º	Imunizações (vacinas)	67
3º	Aleitamento Materno	65
4º	Higiene e curativo perineal	59
5º	Banho do bebê	55
6º	Cuidado com a mama e mamilos	52

A ordenação obtida no quadro ratifica a informação anterior no que se refere aos cuidados do bebê. No global, existe uma pontuação significativa que evidencia a vontade da clientela em receber informações adicionais relativas ao autocuidado e ao cuidado com o bebê.

QUADRO 14
 Demonstrativo da ordenação de dúvidas
 existentes em relação ao autocuidado
 e ao cuidado do bebê

ORDEM		D Ú V I D A S	QTD.
1ª	AUTO- CUIDADO	Cuidado com a mama e mamilos	38
2ª		Alimentação	31
3ª		Curativo perineal	30
4ª		Reinício das atividades sexuais	26
5ª		Auxílio natalidade	16
6ª		Retorno às atividades	14
7ª		Repouso	12
8ª		Higiene	11
9ª		Hidratação	10
9ª		Licença de gestação	10
1ª	CUIDADO DO BEBÊ	Curativo umbilical	81
2ª		Banho do bebê	48
3ª		Imunizações (vacinas)	48
4ª		Hidratação	34
5ª		Sono	31
6ª		Amamentação	28
7ª		Registro civil	18
8ª		Vestuário adequado	16

TABELA 27
Distribuição percentual da opinião
das entrevistadas na explicitação
da ajuda necessária

EXPLICITAÇÃO DA AJUDA	F	%
Afazeres domésticos	38	18,81
Cuidado do bebê	72	35,64
Autocuidado	68	33,66
Problemas financeiros	4	1,98
Tudo	1	0,50
Não precisa de ajuda	19	9,41
T O T A L	202	100,00

Assim também um percentual significativo da clientela considera positiva a necessidade de ajuda - 90,59% e, explicita que esta se traduz principalmente em aspectos do cuidado do bebê e autocuidado - 35,64% e 33,66%, respectivamente.

TABELA 28
Distribuição percentual da opinião
das entrevistadas segundo a forma
de prestação da ajuda necessária

FORMA DE PRESTAÇÃO DE AJUDA	F	%
Orientação	23	11,38
Demonstração	68	33,66
Supervisão	66	32,67
Acompanhamento	24	11,88
Não sabe	2	1,00
Não precisa de ajuda	19	9,41
T O T A L	202	100,00

Estes achados evidenciam que a forma escolhida de prestação de ajuda necessária compreende, principalmente:
- demonstração 33,66% e supervisão 32,67%.

TABELA 29
Distribuição percentual da preferência do
profissional prestador da ajuda necessária

PROFISSIONAL PRESTADOR DA AJUDA	F	%
Assistente Social	7	3,46
Psicólogo	8	3,96
Enfermeiro	60	29,70
Médico	56	27,72
Técnico de Enfermagem	2	1,00
Auxiliar de Enfermagem	30	14,85
Outro cliente	20	9,90
Não precisa de ajuda	19	9,41
T O T A L	202	100,00

Quanto à preferência pelo profissional responsável por prestar a ajuda necessária, verificamos uma concentração em torno do enfermeiro (29,70%) e do médico (27,72%).

TABELA 30

Distribuição percentual da opinião das respondentes segundo a possibilidade de responsabilizarem-se pelo próprio cuidado, ainda na maternidade

POSSIBILIDADE DE RESPONSABILIZAR-SE	F	%
Sim	175	86,63
Não	22	10,90
Branco	5	2,47
TOTAL	202	100,00

Estes dados revelam que na opinião das puérperas, respondentes deste estudo, existe um elevado percentual - 86,63% - de possibilidade delas responsabilizarem-se pelo próprio cuidado ainda na maternidade.

TABELA 31

Distribuição percentual da opinião das respondentes segundo as causas de possibilidade de autocuidarem-se, ainda na maternidade

CAUSAS AGRUPADAS EM SITUAÇÕES	F	%
Situações que refletem ter condições físicas (parto eutócico)	100	49,50
Situações que refletem ser normal e corriqueiro	2	1,00
Situações que refletem ser a única opção	21	10,40
Situações que refletem a existência de ajuda	11	5,44
Situações que refletem interesse em aprender e/ou necessidade de ajuda	35	17,33
Não sabe explicar	6	2,97
Impossibilidade de responsabilizar-se	22	10,90
Branco	5	4,48
T O T A L	202	100,00

As causas, agrupadas em situações, para esta possibilidade de autocuidar-se, na opinião da clientela, concentram-se em situações que refletem "ter condições físicas" 49,50%. Algumas clientes, apesar de se considerarem em condições de assumir a responsabilidade pelo autocuidado, não sabem explicá-las — 2,97%.

CAPÍTULO IV
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A) Do Instrumento I - "DA INSTITUIÇÃO"

Em 1948, através da "Declaração Universal dos Direitos do Homem", a Organização das Nações Unidas¹ proclamou que *"toda pessoa tem direito a um padrão de vida adequado à saúde e ao bem-estar de si mesma e de sua família, incluindo... assistência médica"*. A Organização Mundial de Saúde², na sua Constituição, estabelece que *"os governos são responsáveis pela saúde do povo, a qual somente pode ser alcançada mediante a adoção de adequadas medidas sociais e sanitárias"*. A participação do Estado, na assistência de saúde das pessoas, tem sido ressaltada em todas as Constituições Brasileiras.

O documentário "Política de Saúde no Município do Rio de Janeiro", elaborado pelo Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro³, dispõe sobre algumas dificuldades que alteram e/ou prejudicam o interrelacionamento dos níveis governamentais — federal, estadual e municipal — em atender os dispositivos legais que lhes imputa a responsabilidade pelas *"atividades que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde"*. Desta forma, pareceu-nos adequado dirigir nosso estudo às instituições do "setor público". (CHAVES⁴)

Registramos, quanto à localização, uma concentração dessas instituições na zona norte do Município (Qua-

dro I), compatível com o sistema de distribuição de renda das pessoas (situação sócio-econômica) e com os limites e fatores de sobreposição da atenção de saúde do setor público e setor privado.

Verificamos que o poder público, no nível federal, congrega representatividade dos Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Saúde e da Educação. Neste percentual de 44,44% (Quadro 1), asseguramos o envolvimento de dois hospitais-escola.

O propósito de correlacionar alguns pontos da classificação hospitalar (Quadro 1), na identificação das instituições visitadas, relaciona-se com nossa preocupação em abordarmos um número significativo da clientela (Quadro 2). Prende-se também ao fato de que, através nossa experiência profissional, computamos como positiva a integração de unidades de maternidade em hospitais gerais, que neste estudo aparecem na proporção de 61,11% (Quadro 1). Em decorrência, assegura-se equipe multiprofissional (Quadro 3) e "assistência de saúde adequada às reais necessidades da população". (SCOTNEY⁵) Isto, também, determinou a classificação de médio e grande porte, em função do número total de leitos da instituição visitada e não, do porte da unidade obstétrica conjugada (Quadro 2).

A Assistência Prê-Natal precede a assistência à saúde durante o puerpério, sendo assim, consideramos importante o desenvolvimento dessa atividade em 83,33 % (Tabela 1), das instituições visitadas.

A assistência de enfermagem à puérpera está centrada no controle dos sinais vitais, de perdas vaginais e da involução uterina, (FRIESNER & RAFF⁶, MARTINS⁷, REZENDE & MONTENEGRO⁸ e ZIEGEL & CRANLEY⁹), quanto à detecção precoce de anormalidades e complicações. No enfoque de promoção e recuperação da saúde, o processo parturitivo, independente da via, determina poucas diferenças quanto aos cuidados de higiene, alimentação e hidratação (BAUMSLAG¹⁰, CLAUSEN, FLOOK, FORD, GREEN & POPIEL¹¹ e ZIEGEL & CRANLEY⁹). Dessa forma, não mais se justifica a acomodação das puérperas por tipo de parto ocorrido — vaginal ou abdominal (Quadro 2).

Acrescenta-se o renascimento do Sistema de Alojamento Conjunto (CAMPESTRINI¹², HARUNARI¹³, MALDONADO¹⁴, PRYOR¹⁵ e ZIEGEL & CRANLEY⁹) (Tabela 1), quando também são defendidos os propósitos de capacitar às mães nos cuidados com o conceito e, onde se releva a condição materna de aprender a cuidar do concepto. Face a isto, a tendência atual em organizar enfermarias de puérperas sem considerar o tipo de parto ocorrido demonstra ser adequada. Compatibiliza-se com os objetivos da função educativa do enfermeiro (DU GAS¹⁶, OREM¹⁷ e ZIEGEL & CRANLEY⁹), que desenvolve-se principalmente, em consonância com a condição de bem estar da cliente.

Os primeiros contatos da cliente obstétrica com o serviço assistencial são fundamentais. A situação gestacional carrega, por si só, uma certa instabilidade emocional — (CALDEYRO-BARCIA¹⁸, CASTRO & CASTRO¹⁹, LANGER²⁰, LINS²¹, MALDONADO, NAHOUM & DICKSTEIN²², PEIXOTO²³, SOIFER²⁴ e ZIEGEL &

A assistência de enfermagem à puérpera está centrada no controle dos sinais vitais, de perdas vaginais e da involução uterina, (FRIESNER & RAFF⁶, MARTINS⁷, REZENDE & MONTENEGRO⁸ e ZIEGEL & CRANLEY⁹), quanto à detecção precoce de anormalidades e complicações. No enfoque de promoção e recuperação da saúde, o processo parturitivo, independente da via, determina poucas diferenças quanto aos cuidados de higiene, alimentação e hidratação (BAUMSLAG¹⁰, CLAUSEN, FLOOK, FORD, GREEN & POPIEL¹¹ e ZIEGEL & CRANLEY⁹). Dessa forma, não mais se justifica a acomodação das puérperas por tipo de parto ocorrido — vaginal ou abdominal (Quadro 2).

Acrescenta-se o renascimento do Sistema de Alojamento Conjunto (CAMPESTRINI¹², HARUNARI¹³, MALDONADO¹⁴, PRYOR¹⁵ e ZIEGEL & CRANLEY⁹) (Tabela 1), quando também são defendidos os propósitos de capacitar às mães nos cuidados com o conceito e, onde se releva a condição materna de aprender a cuidar do conceito. Face a isto, a tendência atual em organizar enfermarias de puérperas sem considerar o tipo de parto ocorrido demonstra ser adequada. Compatibiliza-se com os objetivos da função educativa do enfermeiro (DU GAS¹⁶, OREM¹⁷ e ZIEGEL & CRANLEY⁹), que desenvolve-se principalmente, em consonância com a condição de bem estar da cliente.

Os primeiros contatos da cliente obstétrica com o serviço assistencial são fundamentais. A situação gestacional carrega, por si só, uma certa instabilidade emocional — (CALDEYRO-BARCIA¹⁸, CASTRO & CASTRO¹⁹, LANGER²⁰, LINS²¹, MALDONADO, NAHOUM & DICKSTEIN²², PEIXOTO²³, SOIFER²⁴ e ZIEGEL &

CRANLEY⁹), plena de ansiedade e insegurança que pode e deve ser trabalhada, com o envolvimento da família, durante todo o desenvolvimento da assistência pré-natal (Tabela 1, Quadro 5, Tabela 5, Tabela 6). Esta informação leva-nos a refletir sobre as dificuldades que surgem em decorrência da gestante não ter frequentado um serviço de assistência pré-natal (não existe controle, apoio, orientação e informação prévia), ou, tê-lo frequentado em outra instituição, logo a atual, procurada no momento do parto, lhe é desconhecida. Dessa forma, quando a instituição hospitalar atende a clientela obstétrica independente da origem ambulatorial própria (Tabela 2), enfrenta dificuldades que envolvem: a) conhecer mais detalhadamente as condições gestacionais; b) adaptar o cliente às características assistenciais gerais da instituição e c) trabalhar efetivamente a situação de estresse, própria da admissão na unidade de internação (COSLOVSKY²⁵, LANGER²⁰ e SOIFER²⁴).

Os hospitais maternidades da rede pública enquadram-se neste contexto pois subordinam-se à demanda da clientela.

A proposta de assistir em enfermagem deve estar vinculada ao modelo assistencial hospitalar e à composição da equipe de saúde da instituição.

O enfoque atual de classificação de risco obstétrico (GUEIROS, BARROS, LINS & GALHARDO²⁶ e MENEZES^{*}) refletiu-se na composição multiprofissional da equipe de saúde

* MENEZES, Amaury A. Conceituação de Gravidez de Alto Risco. In: DRUMMOND, J.P. Perinatologia & Anestesiologia. Rio de Janeiro, Editora Cultura Médica, 1979.

(Quadro 3), e na sofisticação dos recursos assistenciais. O atendimento institucional e hospitalar é básico às clientes de médio e alto risco.

A participação do enfermeiro neste aspecto traduzir-se-á por ações dependentes e independentes (DU GAS¹⁶, McCLAIN & GRAGG²⁷, MALDONADO et alii²² e ZIEGEL & CRANLEY⁹) coerentes com a valorização individualizada da cliente e o contexto científico da profissão de Enfermagem. Nossos achados detectaram um baixo percentual, 33,33% (Tabela 5), de realização de consulta de enfermagem e de consulta de enfermagem pré-natal (Tabela 6).

Importante registrarmos que, de acordo com o Ministério da Saúde a equipe básica de saúde, para atendimento do grupo materno-infantil, constitui-se pelo médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social e psicólogo. CHAVES⁴ ressalta a importância do trabalho em equipe e da equipe multiprofissional. Porém, verificamos um baixo percentual, 5,55% (Quadro 3) referente a apenas uma instituição satisfazendo esse aspecto.

Considerando a Equipe de Enfermagem apenas um terço das instituições visitadas, 33,33% (Quadro 4), garante uma composição coerente com o desenvolvimento técnico-científico profissional. OLIVEIRA²⁸ verificou a necessidade de embasamento científico nas ações de enfermagem e o preparo do enfermeiro voltado para sua área de atuação. Com isto, assegurou, consegue liderar a equipe, planejando e implementando a assistência de enfermagem.

Neste enfoque, reconhecemos como positiva a presença do enfermeiro com habilitação em Enfermagem Obstétrica em quinze instituições, 83,33% (Quadro 5). Entretanto, a presença do profissional não compatibiliza-se com a atuação, isto é, não evidencia repercussão na prática, quer no planejamento, quer na implementação da assistência de enfermagem. Observamos que: 1) embora 77,77% (Tabela 4) das instituições visitadas possuam o setor de atendimento às puérperas organizado segundo o sistema de Alojamento Conjunto, sem discriminar a via de nascimento, 72,22% (Quadro 2), a enfermagem ainda desenvolve-se utilizando a escala funcional, 33,33%, (Tabela 3), centrada em tarefas, tão criticada por PAIM²⁹ há pelo menos, dez anos; 2) a participação do enfermeiro, à nível ambulatorial, desenvolvendo consulta de enfermagem, é insuficiente, 33,33% (Tabela 1 e Tabela 5); 3) existe um elevado percentual, 77,77% (Quadro 7), correspondente à quatorze instituições onde as ações de enfermagem não são fundamentadas em método científico.

Desde Florence Nightingale, responsável pelo nascimento da Enfermagem Moderna, esta profissão é considerada científica, fortalecendo-se no tripé: CIÊNCIA, IDEAL e ARTE. Exponentes e estudiosos dela (ANDRADE³⁰, BRUNNER & SUDDARTH³¹, CARVALHO³², DU GAS¹⁶, HENDERSON³³, OREM¹⁷, SOUZA³⁴, VIEIRA et alii³⁵), reforçam a abordagem científica pautada no método científico de resolução de problemas ou outras propostas de metodologia da assistência desenvolvidas a partir da utilização de teorias de outras ciências.

Apesar de SIMÕES³⁶ refutar o termo processo de enfermagem como substituto de metodologia da assistência de enfermagem, a partir da obra de HORTA³⁷, esse vocábulo para a maioria dos profissionais, é reconhecido e interpretado como a utilização de alguma metodologia no sistema do plane-jamento e prestação de cuidado de enfermagem. O processo de enfermagem segue os mesmos passos do método científico e não pressupõe, sempre, utilização de base teórica.

Para alcançar os objetivos deste trabalho, procuramos com perguntas repetitivas, de vocábulos diferentes, ratificar a informação de utilização de alguma metodologia na assistência de enfermagem. Os primeiros resultados demonstra-ram que, das dezoito instituições, seis, 33,33% (Quadro 7) informam sistematização da assistência conforme método científico. Porém, apenas quatro puderam indicar o ano de introdu-ção do método científico, na sistematização das ações de enfermagem. E mais, duas somente, souberam detalhar o referen-cial teórico utilizado, citando o nome de autores de enferma-gem.

Consideramos como referencial teórico qual-quer informação que permitisse a correlação com algum autor ou proposta assistencial conhecida. HORTA³⁷ reconhece teoria, "*aparelho conceptual... importante como guia de ação*". Neste aspecto discorre sobre as principais teorias de enfermagem divulgadas a partir da década de sessenta.

No estudo em pauta (Quadro 7), foram citadas três autoras de enfermagem: Lygia Paim, Rosalda Paim e Lilia

na F. Daniel que defendem modelos assistenciais distintos. Com referência às etapas do processo implantado, houve concordância de três etapas: HISTÓRICO, PLANO DE CUIDADOS e EVOLUÇÃO, que diverge inteiramente da proposta das citadas autoras. Existe nesta informação uma proximidade com o posicionamento de LEWIS*, para quem "o processo de enfermagem consta de três fases: levantamento (assessment), intervenção e avaliação; a primeira fase também inclui o diagnóstico".

Procuramos correlacionar a primeira etapa do processo, levantamento de dados, com a identificação dos membros da equipe de enfermagem. FERREIRA³⁸, estudando puérperas, concluiu que os componentes da equipe de enfermagem, principalmente o enfermeiro, não são identificados pela clientela assistida. O enfoque assistencial científico de abordagem individual deveria propiciar maior conhecimento entre o cliente e o enfermeiro. Ainda assim, em uma instituição das quatro consideradas como utilizadoras de alguma metodologia de assistência de enfermagem (Quadro 7 e Quadro 8), a clientela não identifica os componentes da equipe de enfermagem.

O exame físico-obstétrico (FRIESNER & RAFF⁶ e ZIEGEL & CRANLEY⁹) permite ao enfermeiro obter informações sobre as condições da cliente. A anamnese alia-se às etapas de inspeção, palpação e mensuração que, realizadas diariamente (BRUNNER & SUDDARTH³¹ e HORTA³⁷) asseguram o levantamento de dados da clientela assistida. Entretanto, nossos achados

* LEWIS, Lucile. In: HORTA, W.A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU: Ed. da Universidade de São Paulo, 1979. Pág. 38.

na F. Daniel que defendem modelos assistenciais distintos. Com referência às etapas do processo implantado, houve concordância de três etapas: HISTÓRICO, PLANO DE CUIDADOS e EVOLUÇÃO, que diverge inteiramente da proposta das citadas autoras. Existe nesta informação uma proximidade com o posicionamento de LEWIS*, para quem "o processo de enfermagem consta de três fases: levantamento (assessment), intervenção e avaliação; a primeira fase também inclui o diagnóstico".

Procuramos correlacionar a primeira etapa do processo, levantamento de dados, com a identificação dos membros da equipe de enfermagem. FERREIRA³⁸, estudando puérras, concluiu que os componentes da equipe de enfermagem, principalmente o enfermeiro, não são identificados pela clientela assistida. O enfoque assistencial científico de abordagem individual deveria propiciar maior conhecimento entre o cliente e o enfermeiro. Ainda assim, em uma instituição das quatro consideradas como utilizadoras de alguma metodologia de assistência de enfermagem (Quadro 7 e Quadro 8), a clientela não identifica os componentes da equipe de enfermagem.

O exame físico-obstétrico (FRIESNER & RAFF⁶ e ZIEGEL & CRANLEY⁹) permite ao enfermeiro obter informações sobre as condições da cliente. A anamnese alia-se às etapas de inspeção, palpação e mensuração que, realizadas diariamente (BRUNNER & SUDDARTH³¹ e HORTA³⁷) asseguram o levantamento de dados da clientela assistida. Entretanto, nossos achados

* LEWIS, Lucile. In: HORTA, W.A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU: Ed. da Universidade de São Paulo, 1979. Pág. 38.

demonstram que este procedimento (Quadro 8) desenvolvido diariamente (Tabela 9) é sempre, 100% (Quadro 9) responsabilida-
de do obstetra. A participação do enfermeiro obstétrico e do enfermeiro neste procedimento é de 16,66% (Quadro 9), porém coincide com as instituições que responderam positivamente para a realização do levantamento de dados e utilização de alguma metodologia na assistência de enfermagem (Quadro 8 - Quadro 9). Importante ressaltar que dentre elas, apenas uma é unidade escola (Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro³) (Quadro I, Quadro 7).

Verificamos que na indicação de dificuldades enfrentadas face à sistematização da assistência de enfermagem a maioria das respostas, 66,66%, relaciona-se com o fator quantitativo ou qualitativo da equipe de enfermagem (Tabela 7). Um percentual menor, 11,11%, refere-se à aceitação pela equipe médica das prescrições de enfermagem e da utilização de folha de evolução única. Importa assinalar que o impresso utilizado para as prescrições (médicas ou de enfermagem) já é um modelo único, utilizado na maioria das instituições visitadas, 83,33% (Quadro 6). Dentre as exceções, encontra-se uma das instituições considerada como utilizadora de alguma metodologia assistencial de enfermagem (Quadro 6, Quadro 7). De acordo com BRUNNER & SUDDARTH³¹, quando falam do Prontuário Orientado para o Problema do cliente, a equipe de saúde tem interesse e deve participar do processo assistencial registrando sempre, todas as observações importantes no prontuário (que é do cliente e não do médico). DU GAS¹⁶, McCLAIN

& GRAGG²⁷, HORTA³¹, SOUZA³⁴ também ressaltam a importância dos registros de enfermagem: características, objetivos e valorização. Entendemos existência de padrões como existência de característica e, consideramos positivo o percentual encontrado, 61,11% (Quadro 6). Entretanto, "duas instituições, 50,00%, dentre aquelas que utilizam alguma metodologia na assistência de enfermagem, referem a não utilização de padrões nos registros de enfermagem (Quadro 6).

Embora no enfoque de dificuldades à sistemização não exista referência direta ao conhecimento e/ou domínio da metodologia em si, o Quadro 10 permitiu-nos, após a aplicação da Metodologia de Ordenação Completa de Kendall, a juizar que com relação às instituições visitadas, há dissenso entre os enfermeiros respondentes.

Tal método teve por objetivo verificar o nível de consistência que poderíamos obter para validar e trabalhar os juízos emitidos. A aceitação da hipótese nula representa que os julgamentos, feitos pelos enfermeiros respondentes das instituições visitadas foram aleatórios. Algumas considerações devem ser feitas face este resultado: a) os enfermeiros não dominam, nem utilizam os aspectos teóricos de planejamento da assistência de enfermagem; b) os enfermeiros não substituem na prática esses aspectos por outros que melhor se ajustem à clientela obstétrica, e que garantam o enfoque ciêntífico da Enfermagem Moderna; c) os enfermeiros precisam conhecer e discutir mais profundamente a operacionalização da abordagem científica de enfermagem à cliente obstétrica; d) es

se questionamento deve ser repetido, de forma mais ampla, ainda na área obstétrica e com o mesmo enfoque de validação.

Não consideramos a alternativa, possível porém pouco provável, de que os respondentes tenham imputado indevido valor à identificação de prioridades de atribuições de enfermagem obstétrica ou, ao conhecimento dos aspectos da Metodologia Científica da Assistência de Enfermagem (práticos e teóricos).

Ainda assim, dentre as experiências de implantação de alguma metodologia na assistência de enfermagem, obtemos informações relacionando vantagens do processo desenvolvido com melhoria do nível de assistência e valorização profissional (Tabela 8).

A Teoria do Auto-Cuidado, construída por Dorothea E. Orem e publicada em 1971, ainda não é bem conhecida entre nós. Assim também os trabalhos de Karkhuff sobre o relacionamento de ajuda, apesar da Enfermagem, ser reconhecida (ANDRADE³⁰, CARVALHO³², OLIVEIRA³⁹ e VIEIRA et alii³⁵) como uma "profissão de ajuda".

Importante citarmos que o termo "autocuidado" independente de vinculação à estrutura teórica de OREM, não foi citado pelas respondentes. Dessa forma o elevado percentual de positividade, na opinião dos enfermeiros, referente à possibilidade da puérpera de parto eutócico ser o principal agente de seu próprio cuidado ainda na maternidade, é questionável (Tabela 10).

De acordo com LEVIN⁴⁰ que estabeleceu as diferen

ças básicas entre Educação do Paciente e Educação para o Auto cuidado, aliado à ANNA e cols.⁴¹ que citam as dificuldades enfrentadas com a terminologia nova e específica da Teoria de Orem, verificamos ser precoce e insólita essa positividade. Principalmente, porque não existe conhecimento explicitado por parte dos enfermeiros respondentes, dessa estrutura teórica.

Identificamos, no entanto, que os respondentes consideraram válido o envolvimento da cliente em seu próprio cuidado. Porém, exceto por alguns, 33,33% (Tabela 10) que estabeleceram justificativas coerentes com o sistema educativo (aprendizagem, orientação e supervisão), não existe, na maioria - 72,22%, uma percepção desse enfoque como metodologia assistencial de enfermagem.

B) - Do Instrumento II, "DA CLIENTELA"

A teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem é pouco conhecida e/ou difundida na prática, isto é, nas instituições hospitalares do poder público que prestam assistência de saúde às gestantes, parturientes e puérperas (Quadro 1 e Quadro 7).

O termo "autocuidado" é bem aceito e divulgado nas instituições de ensino de enfermagem quer por ter sido introduzido através da proposta assistencial de HORTA³⁷, quer pelo enfoque mesmo, da estrutura teórica de OREM¹⁷. Desse modo interessamo-nos em estudar e relacionar os aspectos da Teoria do Autocuidado com as características da cliente obstétrica. Neste estudo especificamente, a puérpera de parto eutócico.

Baseamo-nos nas considerações de JOSEPH⁴², acerca da conceituação de Determinantes de Atividade de Autocuidado, que procuramos correlacionar às condições da puérpera de parto eutócico.

"Os fatores básicos de condicionamentos que contribuem para a capacidade de alguém se engajar em autocuidado", segundo JOSEPH⁴² incluem:

- " . idade
- . estado de desenvolvimento
- . evento de ciclo de vida
- . sexo

- . orientação sócio-cultural
- . estado de saúde
- . situação de cuidado de saúde
- . diagnose orgânica/comportamental
- . sistema familiar
- . outros fatores."

- Idade

Na concepção de OREM¹⁷, as pessoas de pouca ou muita idade (crianças e velhos) enfrentam alguns obstáculos, às vezes intransponíveis, para assumir o envolvimento com esta proposta. A composição do grupo materno-infantil envolve: crianças, (0 a 15 anos); homens (15 a 19 anos) e mulheres em idade fértil (15 a 49 anos); porém no que se refere à Obstetrícia, a faixa etária ideal para a reprodução é, em média, dos 20 aos 30 anos. Antes disso temos a "gestante adolescente" e depois a "gestante idosa", ambas são incluídas no grupo de alto risco, à princípio, apenas pelo fator idade: (GUEIROS et alii²⁶, MENEZES*, ORELLANA**). JANUÁRIO⁴³ defende a necessidade de assistência de enfermagem e acompanhamento pré-natal diferenciado à gestante adolescente.

Verificamos um elevado percentual, 69,80% (Tabela 11) de clientes satisfazendo o aspecto idade tanto na estrutura de OREM¹⁷ como na classificação de Risco Gestacional.

* MENEZES op.cit.

**ORELLANA, M. In: RIZZARDIN, M.; JIMENEZ, J.; BECA, J.P.; WIL, R. Manual de Perinatologia. Santiago: Ediciones Mar del Sur, 1979. Pág. 9-29.

- Estado de desenvolvimento

A condição puerperal é decorrente do processo gestacional. A mulher, o casal e a família (MALDONADO et alii²²) preparam-se e esperam durante nove meses pelo nascimento do concepto, após o que, iniciar-se-á o período puerperal. Com a fecundação interrompe-se a sequência do ciclo menstrual, surge então o ciclo grávido puerperal.

A experiência gestacional requer um nível de participação e responsabilidade dos parceiros, como também um envolvimento maior da mulher em todo o processo, já que o concepto desenvolve-se dentro dela (LANGER²⁰). É a questão da vida dentro de outra vida conjugando uma escala de valores e condutas que implicam numa postura de "consciência" do fato (CASTRO & CASTRO¹⁹).

O "estado de desenvolvimento" (OREM¹⁷) da clientela obstétrica expressa-se não apenas pelo grau de instrução apresentado (Tabela 14), mas principalmente pelo interesse em participar de atividades próprias e benéficas à situação gestacional (Tabela 19 e Tabela 21).

CASTRO & CASTRO¹⁹, COSLOVSKY²⁵, COSTANTI⁴⁴, ECONOMIDES⁴⁵, LUKAS⁴⁶, LUKE⁴⁷, MIDDLEMORE⁴⁸, PRYOR¹⁵, VELLAY⁴⁹, confirmam no decorrer de suas obras a importância do querer no processo gestacional (Tabela 20). Este aspecto é prioritário, supera qualquer outra condição bloqueadora e garante o sucesso gestacional. Apesar disso, LANGER²⁰, MALDONADO¹⁴ e SOIFER²⁴ explicam e exploram algumas situações de rejeição ao concepto, próprias e aceitáveis no primeiro trimestre da ges

tação.

Nossa experiência profissional reforça o fator afetivo, em relação à conscientização e envolvimento da gestante, explicitado muitas vezes, na expectativa do sexo e na escolha do nome do bebê (Tabela 22).

- Evento de ciclo de vida

Reportando-nos à contribuição de POLLETI⁵⁰, podemos afirmar que o processo gestacional "normal" (GUEIROS et alii²⁶) mantém uma evidente correlação com os condicionantes do "Grupo 1" da "Classificação das Situações de Cuidados".

A mulher é preparada desde a infância, para desempenhar um papel importante na questão da reprodução (LANGER²⁰). Existem outros "fatores" (AMORIM⁵¹) que também devem ser trabalhados *"não só na gestante, mas igualmente em todos os familiares e notadamente no pai..."*, com o objetivo de reforçar *"... o maior número de atitudes naturais"* no decorrer da gestação, parto e puerpério (CASTRO & CASTRO¹⁹, SINGH⁵², VARELA⁵³).

Nossos resultados reforçam essa concepção de evento esperado através da afirmação de que a mãe, só ou auxiliada - 81,68% (Tabela 23), é quem deveria responsabilizar-se pelos cuidados a serem prestados ao bebê. Como também, pelo percentual de ocorrência de amamentação, 83,66% (Tabela 24) justificado em 66,86% dos casos por ser bom e importante para a mãe ou para ambos, mãe e bebê.

- Sexo

Embora seja, na área obstétrica, a clientela no

que se refere à gestante, sempre feminina, temos que considerar o enfoque participativo de CALDEYRO-BARCIA¹⁸, MALDONADO et alii²² e outros, quanto a gravidez do casal.

Ainda assim a gestação, parto e puerpério são experiências vivenciadas intensamente pela mulher, até na esfera psicológica (pseudociese). Na espécie humana é condição exclusiva da mulher, tanto no aspecto anatômico como fisiológico, e, independe de outros fatores que possam ser considerados obstaculizantes como estado civil e tendência religiosa. (Tabela 12 e Tabela 13).

- Orientação sócio-cultural

Neste estudo trabalhamos especificamente com clientela que usufrui dos serviços de saúde prestados pelo poder público. Este critério acrescido da característica perperal e das influências culturais próprias da gestação, de alguma forma homogeneizou a amostra em relação à orientação sócio-cultural.

Importante registrarmos certa ambivalência quanto à este determinante face ao desuso do requisito legal exigido pela sociedade e pelas famílias (traço cultural) (Tabela 12).

Os resultados também evidenciaram que a maioria das entrevistadas, 80,20% (Tabela 13), apoia-se na religião católica. Assinalamos que, embora em percentuais pouco relevantes, a clientela indica diversidade de crenças. Estas, podem manter uma certa relação com a orientação sócio-cultural

no que se refere à área obstétrica em questão. (CALDEYRO- BARCIA¹⁸, LINS²¹ e PACIORNIK⁵⁴)

- Estado de saúde

A amostra não foi determinada segundo a classificação de risco gestacional, entretanto, os critérios de seleção, estabelecidos no Capítulo II, podem ter contribuído para que, no conjunto, as respondentes apresentassem uma condição ou estado de saúde bastante favorável ao engajamento no seu próprio cuidado.

Procuramos ressaltar este aspecto através do processo de aleitamento materno e das necessidades humanas básicas.

CLARK⁵⁵, LUKE⁴⁷, MIDDLEMORE⁴⁸, PRYOR¹⁵, SAMBAQUY⁵⁶, VARELA⁵³ e VINHA⁵⁷ demonstram em seus estudos e relatos que a amamentação é um processo complexo, na medida em que a sua ocorrência não depende apenas do aspecto físico e / ou fisiológico; muito mais relevante é a condição psicológica e cultural. Entendemos que o processo, isolado ou associado ao sucesso, compara-se à definição de saúde, no conceito da Organização Mundial de Saúde: "*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas ausência de doenças*". Encontramos um percentual de 83,66% (Tabela 24) de puérperas que, no momento da entrevista, informou ocorrência de amamentação.

HORTA³⁷ entende como Necessidades Humanas Básicas:

"Estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais, ... em estados de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado, ... podendo ser aparentes, conscientes, verbalizados ou não".

MOHANA* classificou-as segundo os níveis: psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, determinando um interrelacionamento dos níveis coerente com o conceito holístico do homem.

Mesmo valorizando a descrição de REZENDE et alii⁸ sobre as alterações morfo-funcionais locais e gerais correspondentes ao parto vaginal, verificamos que as alterações, referentes às necessidades humanas básicas, são poucas e evidenciam-se principalmente no nível psicobiológico (Quadro 11). Ainda assim representam informações relevantes no enfoque da assistência individualizada.

A autopercepção, no momento da entrevista, foi outro dado auxiliar na avaliação do estado de saúde das entrevistadas (Quadro 12). Estes achados, ordenados, permitiram uma visão de conjunto onde as sensações de bem-estar foram significativas.

- Situação de cuidado de saúde

A metodologia assistencial do autocuidado representa, em enfermagem, a capacidade do cliente envolver-se po

* MOHANA, in: HORTA, W.A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU: Editora da Universidade de São Paulo, 1979, pág. 39-

sitivamente no processo de promoção, tratamento e recuperação da própria saúde. ANNA⁴¹ expõe o componente cultural que, muitas vezes, determina a dependência do cliente em atividades que ele teria condições de desenvolver.

A situação obstétrica na fase puerperal (Quadro 13), em consonância com AMORIM⁵¹, BETHEA⁵⁸, MALDONADO¹⁴, REZENDE et alii⁸, SOIFER²⁴ e ZIEGEL & CRANLEY⁹, não deve de terminar dependência de ações de enfermagem. Verificamos uma preponderância de problemas e/ou desconfortos próprios do período puerperal que envolvem os três níveis da classificação de Necessidades Humanas Básicas (Quadro 13). Ainda assim, as clientes entrevistadas, independente do nível socioeconômico-cultural, (Tabela 12, Tabela 14, Tabela 15, Tabela 16, Tabela 17 e Tabela 18), consideram ter condições físicas, 75,74 % (Tabela 26) para cuidarem-se durante o período puerperal.

A relevância das necessidades psicoespirituais face e após o processo de parto (ALMEIDA⁵⁹, AMORIM⁵¹, THIS⁶⁰) precisa ser mais valorizada e melhor conduzida nas instituições obstétricas. Esse enfoque diz respeito à assistência de enfermagem e concorda com nossa experiência profissional.

- Diagnose orgânica/comportamental

NIGHTINGALE⁶¹ e HENDERSON³³ ressaltam as ações de enfermagem como "uma forma de ajuda". CARKHUFF⁶² detalhando o relacionamento de ajuda, evidenciou pontos fundamentais à implementação deste processo de ajuda. Relatou, principalmente, a identificação de características e condições no aju

Foi importante também, verificarmos nessa proposta de participação, a liberdade de decisão (GALPERIM⁶³) do cliente (Quadro 29), consciente da necessidade de ajuda (Tabela 27), elegendo a forma mais adequada e satisfatória de recebê-la (Tabela 28).

A motivação (VERNON⁶⁴) é fator primordial de participação no enfoque puerperal do presente estudo. Referimos a relação afetiva como determinante motivacional de envolvimento com o próprio cuidado e com os cuidados ao bebê (Tabelas 22, 23 e 24).

ANNA⁴¹ ressalta não são as dificuldades em trabalharmos com a terminologia nova de Dorothea E. Orem, como também a resistência da clientela em assumir essa responsabilidade. Ratificamos através de nossos resultados, a tendência da clientela obstétrica em envolver-se com o próprio cuidado (Tabela 25, Tabela 26), encarando positivamente a necessidade de ajuda (Tabela 27), e comprometendo-se com o processo de autocuidado ainda na maternidade (Tabelas 30 e 31).

Importa-nos ainda, registrar a diferença no percentual de possibilidade de engajamento na área hospitalar — puerpério imediato e mediato; 86,63% (Tabela 30) e no domicílio — resguardo —, 96,50% (Tabela 25).

- Sistema familiar

A puérpera, em função de características morfofuncionais, tem uma necessidade de atenção e valorização (LAN

GER²⁰, SOIFER²⁴, MALDONADO¹⁴), que deve ser efetiva e afetivamente trabalhada pela família. Este apoio, na maioria das vezes, é bloqueado pelo próprio Serviço de Enfermagem que mantém normas rígidas de cerceamento da liberdade da cliente obstétrica (GALPERIN⁶³, CALDEYRO-BARCIA¹⁸ e THIS⁶⁰). Entre outras, podemos também, segundo nossa experiência, citar: a) estabelecimento de visitas em dias alternados; b) tempo limitado do horário de visitas; c) uso restrito dos canais de comunicação, em especial o telefone.

Constatamos que, embora a maioria das respondentes tenha informado ser solteira, 57,44% (Tabela 12), há relacionamento afetivo positivo com o parceiro em relação ao bebê (Tabela 22). Assim como, a existência de domicílio seguro (Tabelas 15 a 18) e apoio familiar referente: às orientações no período gestacional (Tabela 21) e aos cuidados com o bebê (Tabela 23).

CAPÍTULO IV
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONU - Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos do Homem, EUA, 1948 (Folheto).
2. OMS - Carta Magna da Organização Mundial da Saúde, Genebra, 1946.
3. SINDICATO DOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO. Departamento Científico. Política de Saúde no Município do Rio de Janeiro: subsídios para um debate. Rio de Janeiro: Lide, 1980.
4. CHAVES, M.M. Saúde e Sistemas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, Serviço de Publicações, 1972.
5. SCOTNEY, N. Educação para a Saúde: Manual para o pessoal de saúde da zona rural, tradução (de) Maria Terezinha Croce Aflalo, São Paulo: Edições Paulinas, 1981, pág. 40.
6. FRIESNER, A. & RAFF, B. Enfermagem Obstétrica. Trad.: J. C. Almeida Moura. São Paulo: Organização Andrei Editora S.A., 1978.
7. MARTINS, J.A.P. Manual de Obstetrícia. A Fisiologia; São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1982.
8. REZENDE, J. & MONTENEGRO, C.A.B. Obstetrícia Fundamental. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A., 4a. edição, 1984.
9. ZIEGEL, E.F. & CRANLEY, M.S. Enfermagem Obstétrica. 7a.

- edição, Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1980.
10. BAUMSLAG, Naomi. Family Care. Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1973.
 11. CLAUSEN, P.; FLOOK, M.H.; FORD, B.; GREEN, M.M.; POPIEL, E.S. Maternity Nursing Today's, USA: McGraw-Hill Book Company, 1973.
 12. CAMPESTRINI, S. Alojamento Conjunto Mãe-Filho e o Enfermeiro. Curitiba: Imprensa Universitária da U.C.P., 1982.
 13. HARUNARI, L. O sistema de alojamento conjunto para recém-nascido e mãe em maternidade ou em unidade obstétrica como contribuição para a assistência integral ao recém-nascido. Porto Alegre: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde, 1977.
 14. MALDONADO, M.T.P. Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério. 5a. edição, Petrópolis: Editora Vozes, 1982.
 15. PRYOR, K.W. A arte de amamentar. Tradução de Maria Silvia Mourão Netto. São Paulo: Summus Editorial, 1981.
 16. DU GAS, B.W. Enfermagem Prática. Rio de Janeiro: Editora Interamericana Ltda, 1978, 3a. edição.
 17. OREM, D.E. Nursing: Concepts of Practice. Third edition, New York: McGraw-Hill Book Company, 1985.
 18. CALDEYRO-BARCIA, R. Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. Publicación Científica nº 858 del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Montevideo, OPAS, OMS, 1979.
 19. CASTRO, H. & CASTRO, F.F. Por um nascimento consciente.

Tradução do original, México, 1977. Gran Fraternidad Universal Serge Raynaud de la Ferrière Linea Solar, São Paulo: Editora Ground Ltda.

20. LANGER, M. Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático. Tradução (de) Maria Netrovsky Folberg Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1981.
21. LINS, Fernando E. O Parto Natural: a mais nova, ou mais antiga forma de dar à luz. Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1983.
22. MALDONADO, M.T.; NAHOUM, J.C.; DICKSTEIN, J. Nós estamos grávidos, 4a. edição, Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1983.
23. PEIXOTO, Sérgio. Pré-Natal. São Paulo: Editora Manole, 1979, pg. 1-97.
24. SOIFER, R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Tradução de Ilka Valle de Carvalho, Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1980.
25. COSLOVSKY, S. Gravidez: da concepção ao parto como chegar a um bebê sadio, colaboração de Márcio Coslovsky, 2a. edição. Rio de Janeiro: Bloch Editores S.A., 1985.
26. GUEIROS, H.; BARROS, D.N.; LINS, F.E.; GALHARDO, J. Obstetrícia: conceitos e condutas. Rio de Janeiro: Folha Carioca Editora Ltda., 1987.
27. McCLAIN, E.M. & GRAGG, S.H. Princípios Científicos da Enfermagem. Tradução de: Sylvio Bevilacqua e Silvio Goldefeld; Rio de Janeiro: Editora Científica, 1973, 2a. edição.

28. OLIVEIRA, D.G. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Recém-Nascido Normal na fase neonatal precoce. Proposta de Guia de Instruções. Tese de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem Ana Neri, UFRJ, Rio de Janeiro, 1979.
29. PAIM, L. A Prescrição de Enfermagem - unidade valorativa do plano de cuidado. Tese de Mestrado da Escola de Enfermagem Ana Neri, UFRJ, Rio de Janeiro, 1976, p.1-2.
30. ANDRADE, M.D.L. A Enfermagem e a relação de ajuda. In: Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, Brasília: ABEn, 1980, pág. 81-84.
31. BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. Moderna Prática de Enfermagem, 2a. edição, Volume I, Parte I, Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1980.
32. CARVALHO, V. A relação de Ajuda na Totalidade da Prática da Enfermagem. In: Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, Brasília, 1980, pág. 65, 68, 69.
33. HENDERSON, V. Basic Principles of Nursing Care, International Council of Nursing, London, 1960. (Mimeografado)
34. SOUZA, E. De F. Novo Manual de Enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica Ltda, 1974, 6a. edição.
35. VIEIRA, T.; ROMAN, A.V.; LUCKESI, M.A.V. A competência continuada e a assistência de Enfermagem. In: Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, Brasília, 1980, pág. 47-51.
36. SIMÕES, C. Considerações sobre o uso e a semântica de algumas palavras empregadas nos textos da ReBEn no ne-

- riodo de 1974-1978. Rev. Bras. Enf., DF, 33:305-307, 1980, pág. 307.
37. HORTA, W.A. Colaboração de CASTELLANOS, B.E.P. Processo de Enfermagem, São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1979.
38. FERREIRA, I.P. Expectativas da Puérpera Normal quanto à Equipe de Enfermagem. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Ana Neri, UFRJ, 1979.
39. OLIVEIRA, M.I.R. O Enfermeiro e a Enfermagem. In: Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, Manaus, 1981, pág. 19-31.
40. LEVIN, L.S. Patient education and self-care: how do they differ? Nursing Outlook, 1978, 26(3): 170-175.
41. ANNA, D.J.; CHRISTENSEN, D.G.; HOHON, S.; ORD, L.; WELLS, S.R. Implementing OREM's Conceptual Framework. Journal of Nursing Administration, nov./1981, p. 8-11.
42. JOSEPH, L.S. Self-care and the nursing process. Nursing Clinics of North America. vol. 15, nº 1, março de 1980 p.131-143.
43. JANUÁRIO, A.M.L. Uma Experiência de Ensino de Assistência de Enfermagem à Adolescente Gestante no Pré-Natal (Tese de Mestrado) Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Neri, UFRJ, 1978.
44. COSTANTI, D. Feliz Parto Natural. Brasília, DF: TAO Livraria e Editora Ltda. e Editora Parma Ltda, SP, 1980.
45. ECONOMIDES, A. Parto sem dor, Tradução de Luiz Cama, Coleção Vida Afetiva e Sexual, Editora Artenova, 1977.

46. LUKAS, K.H. Facilitação Psicológica do Parto. 3a. ed., São Paulo: Editora Manole Ltda, 1983.
47. LUKE, B. Nutrição Materna. Trad. Alfredo Silva Brandão e Edison Ferreira. São Paulo: Livraria Roca Ltda., 1981.
48. MIDDLEMORE, M.P. Mãe e Filho na amamentação - uma análise ta observa a dupla amamentar. Trad. Mário P.A. Prado. São Paulo: IBREX - Distribuidora de Livros e Material de Escritório, 1974.
49. VELLAY, Pierre. Parto sem dor: princípios, prática e testemunho. Tradução (de) José Knoplich, 4a. edição, São Paulo: IBRASA, 1980.
50. POLLETI, R. A Teoria dos Cuidados de Enfermagem em Dorothea E. Orem - Capítulo 11. In: Le soins infirmiers: theories et concepts. Paris, Le Centurion, Tradução de Cecilia Pêcego Coelho. (mimeografado).
51. AMORIM, J.M.L. Psicologia Hospitalar: aspectos existenciais nas internações clínicas. Cadernos de Psicologia Série Clínica, São Paulo: Font & Juliã Editores, 1984, pág. 23.
52. SINGH, M. Aleitamento Materno. Tese de Livre Docência apresentada à Escola de Enfermagem Ana Neri, UFRJ, São Paulo, 1974.
53. VARELA, C.B. A Arte de Amamentar seu Filho. Tradução de: Marilen Tomé de Manigot e Maria Silva C. Carvalhal. 29 Edição; Petrópolis: Editora Vozes; São Paulo: Cidade Nova Editora, 1983.

54. PACIORNIK, M. O Parto de cōcoras; São Paulo: Editora Brasiliense S.A., 1983, 3a. edição.
55. CLARK, C. O livro do Aleitamento Materno. Trad.: Margot Petry Malnic. São Paulo: Editora Manole Ltda., 1984.
56. SAMBAQUY, C. Nutrição da Gestante; Conferência proferida na ME - da FNMUB - na Semana de Alimentação, Rio de Janeiro: 1954. Mimeografado.
57. VINHA, V.H.P. Amamentação Materna: incentivo e cuidados. São Paulo: SARVIER, 1983.
58. BETHEA, D.C. Enfermagem Obstétrica Básica, 3a. edição, Interamericana, Tradução: Hegueno Oliveira Celino, José Cortines Linhares. Rio de Janeiro, 1983.
59. ALMEIDA, C.A.D. Como tratar um doente - assistência espiritual. 2a. edição. São Paulo: Edições Paulinas, 1983.
60. THIS, Bernard. O Pai: Ato de Nascimento. Tradução (de) Mário Fleig e Luiz Carlos Petry, Porto Alegre, Editora Artes Médicas (Série Discurso Psicanalítico, V.6), 1987, pág. 234.
61. NIGHTINGALE, F. Notes on Nursing - what it is and what it is not. A facsimile of the first edition published in 1860 by D.Appleton and Co., New York, with a foreword by Virgínia M. Dunbar, London, 1946, pág. 133.
62. CARKHUFF, R.R. O Relacionamento de Ajuda. Trad. Clara Feldman. Revisão: Woller de Alvarenga, Belo Horizonte: CEDEPE Editora, 1979.
63. GALPERIM, M.R.O. Percepção de Clientes e Membros da Equipe de Enfermagem, de uma unidade de autocuidado, a

cerca da liberdade de raiz e de ação dos primeiros e seus respectivos locus de controle. Tese de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1983.

64. VERNON, M.D. Motivação Humana. Trad. de Luiz Carlos Luchetti, Petrópolis: Editora Vozes Ltda., 1973.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Ao término do presente estudo, é-nos possível fazer algumas considerações, não apenas referente à consecução dos objetivos e respectivos questionamentos listados no capítulo I, como também acerca de outros aspectos que se delinearão no desenvolvimento do trabalho.

. Primeiro objetivo - questionamentos 1 e 2

. quanto ao percentual de implantação de uma metodologia científica na assistência de enfermagem obstétrica em hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro, verificamos que em 22,22% destas instituições existe o desenvolvimento de procedimentos assistenciais metodológicos nas ações de enfermagem, distintos e incidentemente calcados nos modelos de Lygia Paim, Rosalda Paim e Liliana F. Daniel que são utilizados de forma incompleta e adaptada.

. quanto ao referencial teórico mais adequado à clientela e equipe de enfermagem, dentre as experiências de implantação, não nos foi possível identificar se a escolha do mesmo resultou de proposta de adequação à clientela assistida. Não emerge do enfoque assistencial uma determinação em ajustar a metodologia da assistência de enfermagem às características da cliente obstétrica, bem como preocupação em comparar

resultados e avaliar a assistência prestada com a finalidade de aprimoramento de metodologia implantada.

. Segundo objetivo - questionamento 3

. quanto aos obstáculos que mais freqüentemente opõem-se à implantação do processo de enfermagem na área obstétrica, verificamos que eles concentram-se em torno do aspecto quantitativo e qualitativo da equipe de enfermagem e do seu maior ou menor entrosamento com a equipe de saúde, em especial a equipe médica.

A necessidade de educação continuada e treinamento dos membros da equipe, apontado como obstáculo, evidencia a consciência e valorização, de alguns, acerca do aprimoramento profissional.

Concluimos também, que esses impeditivos relacionam-se, às vezes, com a inexistência de tentativas de utilização de metodologia assistencial específica.

. Terceiro objetivo - questionamento 4

. quanto à adoção do modelo teórico de Orem na assistência de enfermagem obstétrica, verificamos a partir da opinião de enfermeiros e puérperas, significativo percentual de possibilidade. Porém cabe atentar que essa proposta teórica é pouco conhecida na prática, até porque, nem sequer foi citada pelos enfermeiros. Cabe também, valorizarmos os pontos de convergência e divergência das características da clientela obstétrica face à educação para o autocuidado e

seus determinantes.

. Outros aspectos considerados relevantes na análise dos dados

. quanto a amamentação - 83,66% das puérperas referiram estar amamentando por razões ligadas ao positivo relacionamento mãe/filho oriundo desse procedimento, à convicção de benefícios nutricionais para o bebê e a percepção de interferência favorável nas situações involutivas do período puerperal. Considerando que a aceitação de amamentar não foi associada a orientações recebidas por profissionais de saúde no acompanhamento pré-natal, deduzimos que esse comportamento está diretamente ligado à condição sócio-cultural das respondentes.

. quanto a ocorrência de gestação, vale ressaltar o percentual (26,24%) de gestações programadas e o percentual (55,94%) de gestações acidentais. No que pese não haver incidência relevante de gestações rejeitadas (6,44%), concluímos pela importância de educação para saúde e orientação para o autocuidado, que pressupõe autoconhecimento, visando garantir melhores condições de participação no desenvolvimento do processo gestatório.

. quanto às condições gerais no pós parto, a maioria das puérperas referiu sensações auto-perceptivas de bem-estar contra um reduzido número de situações de ansiedade e desconforto. No aprofundamento das situações incidentes

no pós parto, identificamos o aparecimento significativo de problemas relativos às necessidades psicoespirituais em contra-partida àqueles relacionados às necessidades psicobiolôgicas que são rotineiramente abordados pela equipe de enfermagem. Isso nos leva a concluir pela necessidade de implementação de metodologia científica na assistência de enfermagem que assegure individualização e adequação do cuidado.

. Recomendações

1) Manutenção de canais de comunicação entre instituições de ensino e de assistência de enfermagem considerando a minimização da dicotomia entre teoria e prática.

2) Difusão efetiva dos propósitos de utilização de metodologia assistencial de enfermagem, coerente com as características da clientela assistida.

3) Divulgação e apoio à proposta de educação para o autocuidado.

4) Mobilização dos enfermeiros e dos dirigentes de instituições de assistência de saúde, no sentido de promoverem eventos onde possam ser discutidas, analisadas e melhoradas as situações emergentes da prática profissional.

5) Intercâmbio de experiências positivas acerca

da abordagem prática do autocuidado em outro tipo de clientela.

6) Proposta de implantação de metodologia assistencial centrada no autocuidado, para a clientela em pauta, após aprofundamento da questão.

ANEXO 1 - INSTRUMENTO I - "DA INSTITUIÇÃO"

DAS CONDIÇÕES DE APLICABILIDADE DA TEORIA DO AUTOCUIDADO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA - "Sondagem junto à puérpera de parto eutócico".

1. Identificação da Instituição

Nome _____ nº _____

Sigla _____ Fone _____

Endereço _____

Bairro _____ ZC _____

Municipal () Estadual () Federal ()

Unidade do Hospital Geral ()

Hospital Especializado ()

Número total de leitos ()

Número de leitos destinados à Obstetrícia ()

Número de leitos destinados ao Puerpério Normal ()

2. Caracterização do Serviço

A Instituição possui Serviço de Assistência Prê-Natal próprio?

sim () não ()

A clientela assistida é sempre oriunda do próprio ambulatório?

sim () não ()

Equipe de Saúde da Unidade Obstétrica

S	N		S	N	
()	()	Médico Obstetra	()	()	Enfermeira
()	()	Médico Cardiologista	()	()	Enfermeira Obstétrica
()	()	M. Clínico Geral	()	()	Nutricionista
()	()	M. Endocrinologista	()	()	Assistente Social
()	()	M. Anestesista	()	()	Psicóloga
()	()	M. Laboratorista	()	()	M. Radiologista
()	()	M. Pediatra	()	()	Outros

Equipe de Enfermagem da Unidade Obstétrica

S	N		S	N	
()	()	Chefe de Serviço	()	()	Técnica de Enfermagem
()	()	Chefe de Secção	()	()	Auxiliar de Enfermagem
()	()	Chefe de Setor	()	()	Atendente (AOSD)
()	()	Enfermeira Líder			

Enfermeiras da Unidade Obstétrica

Enfermeira	()	Enfermeira Médico-Cirúrgica	()
Enfermeira Obstétrica	()	Profissionais com cursos afins	
Enfermeira de S. Pública	()		

Especifique:

3. Assistência de Enfermagem

A distribuição de pessoal para a prestação de cuidados de enfermagem segue o tipo:

Escala Funcional ()

Escala de Cuidado Integral ()

Outro: (especifique) _____

O Setor de Puerpério funciona segundo o sistema:

Alojamento Conjunto ()

Convencional ()

Misto ()

Outro: (especifique) _____

A nível ambulatorial desenvolve-se consultas de enfermagem?

sim () não ()

Especifique:

Consulta de enfermagem pós clínica ()

Consulta de enfermagem pré-natal ()

Consulta de enfermagem neonatal ()

Outra: (especifique) _____

Os registros de enfermagem são feitos em:

Folha única ()

Impresso próprio ()

Prontuário Paralelo ()

Outro: (especifique) _____

Esses registros seguem padrões pré-estabelecidos?

sim () não ()

A assistência de enfermagem é sistematizada de acordo com os passos métodos científicos?

sim () não ()

A metodologia científica na Assistência de Enfermagem foi introduzida em:

Mes () Ano () Não foi introduzida ()

Existe algum referencial teórico utilizado no planejamento da assistência?

sim () não ()

Qual: (especifique) _____

O processo implantado constitui-se de quantas etapas?

etapas ()

Quais são elas? (especifique) _____

A clientela assistida identifica os membros da equipe de enfermagem?

sim () não ()

É feito o levantamento de dados da clientela assistida?

sim () não ()

Quando é feito este levantamento?

- na admissão () na alta hospitalar ()
 no período de internação () todos os dias ()
 no dia seguinte à internação () dias alternados ()
 outra forma: _____

Como é realizado este levantamento?

- através entrevista com a cliente sem roteiro ()
 através entrevista com a cliente com roteiro ()
 através o exame físico-obstétrico ()
 através abordagens eventuais ()
 outro: (especifique) _____

Que dificuldades se apresentam (ou se apresentaram) à sistematização da assistência de enfermagem?

Que vantagens foram obtidas com a implementação do processo de enfermagem?

O exame físico-obstétrico da puérpera de parto eutócico é feito em que intervalo?

- diariamente () dias alternados ()
 na admissão () na alta ()
 outro: (especifique) _____

Qual o profissional que o executa? (assinale, se precisar, mais de uma opção)

- | | | | |
|-----------------------|-----|---------------|-----|
| Obstetra | () | Residente | () |
| Enfermeira | () | Mestrando | () |
| Enfermeira Obstétrica | () | Interno | () |
| Ac. de Enfermagem | () | Doutorando | () |
| Ac. de Medicina | () | Outros | |
| | | (especifique) | |
-

Quais as atribuições da enfermeira na unidade do puerpério?

(priorize, seguindo sua opinião, colocando 1 para o mais importante)

- | | |
|-------------------------------------|-------|
| administrar medicamentos | () |
| realizar admissão | () |
| visitar, diariamente, a clientela | () |
| prescrever cuidados de enfermagem | () |
| elaborar o plano de cuidados | () |
| agendar retorno | () |
| realizar exame obstétrico | () |
| realizar coleta de dados | () |
| fazer evolução de enfermagem | () |
| fazer avaliação do cuidado prestado | () |
| outro: (especifique) | _____ |

Considera possível a puérpera ser o principal agente de
seu próprio cuidado ainda na maternidade?

sim () não ()

Por que? _____

ANEXO 2 - INSTRUMENTO II - "DA CLIENTELA"

DAS CONDIÇÕES DE APLICABILIDADE DA TEORIA DO AUTOCUIDADO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA - "Sondagem junto à puérpera de parto eutócico".

- DA CLIENTELA - Puérpera de Parto Eutócico

1. Identificação

Iniciais _____ Instituição _____ nº _____
 Idade _____ Estado Civil _____
 Religião _____ Escolaridade _____
 Residência _____
 Bairro _____ Telefone _____ ZC _____

2. Situação socioeconômica

A moradia é

própria	()	casa	()
alugada	()	apartamento	()
emprestada	()	sítio	()
de favor	()	barraco	()
outro	()	outro	_____

A moradia possui quantas peças? _____ ()

Quantas pessoas coabitam este espaço? _____ ()

Quem vai cuidar do seu filho em casa:

a mãe () a babá ()

a mãe com auxílio () a avô ()

a empregada () a amiga ()

outro: (especifique) _____

Quem você acha que deveria cuidar de seu filho no 1º ano de vida:

a mãe () a babá ()

a mãe com auxílio () a avô ()

a empregada () a amiga ()

outro: (especifique) _____

Está amamentando?

sim () não ()

Por que? _____

5. Percepções e Expectativas

Após o parto como se sente em relação

- | N | P | |
|-----|-----|--|
| () | () | a alimentação |
| () | () | a hidratação |
| () | () | eliminação vesical |
| () | () | eliminação intestinal |
| () | () | respiração |
| () | () | interação com o pessoal do hospital |
| () | () | interação com as colegas de enfermagem |
| () | () | sono |
| () | () | repouso |

- | N | P | |
|-----|-----|--------------------------|
| () | () | atividades de pós parto |
| () | () | deambulação |
| () | () | adaptação ao ambiente |
| () | () | adaptação ao conceito |
| () | () | adaptação ao marido |
| () | () | adaptação aos familiares |

Como se sente, no momento, no pós-parto:

- | | | | |
|-----------|-----|------------|-----|
| cansada | () | emotiva | () |
| ansiosa | () | preocupada | () |
| sonolenta | () | satisfeita | () |
| otimista | () | disposta | () |
| tensa | () | chorosa | () |
| tranquila | () | bem | () |

outro (especifique) _____

Da listagem abaixo destaque problemas que lhe ocorreram nesse período de puerpério:

- | | | | |
|--------------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| dor de cabeça | () | preocupação com o marido | () |
| dor de dentes | () | preocupação com este filho | () |
| cólicas uterinas | () | preocupação com outros | |
| tonteira | () | filhos | () |
| falta de sono | () | gazes | () |
| dificuldade para dormir | () | perda sanguínea aumentada | () |
| fome | () | pernas inchadas | () |
| dor ao urinar | () | mamas doloridas | () |
| dificuldade para urinar | () | pouco leite | () |
| medo de evacuar | () | leite agüado | () |
| dor ao andar | () | mamilos fissurados | () |
| dor ao sentar | () | mamilos planos/umbelicados | () |
| medo de sentar | () | medo de amamentar | () |
| dificuldade para movimentar-se | () | insegurança para cuidar do bebê | () |

necessidade de agradecer () vontade de orar (rezar) ()
 (ã Deus) () sede ()

Outros (especifique) _____

Considera-se capacitada para cuidar-se nesse período chama
 do puerpério (resguardo) ?

sim () não ()

Por que? _____

Tem dúvidas com relação à:

alimentação	()	reinício das atividades sexuais	()
higiene	()	amamentação	()
repouso	()	hidratação do bebê	()
curativo perineal	()	sono do bebê	()
hidratação	()	banho do bebê	()
cuidado com a mama e mamilos	()	curativo umbilical	()
licença de gestação	()	imunizações (vacinas)	()
obtenção do auxílio natalidade	()	vestuário do bebê	()
retorno às atividades	()	registro civil do bebê	()

outra: (especifique) _____

Gostaria de obter informações sobre:

aleitamento materno	()	banho do bebê	()
cuidado com a mama e mamilos	()	curativo umbilical	()
higiene e curativo perineal	()	imunizações do bebê (vacinas)	()

outras: (especifique) _____

No caso de considerar necessidade de ajuda, explicita em que, objetivamente.

Como gostaria que fosse prestada essa ajuda: (objetivamente)

Quem você preferiria que prestasse essa ajuda:

Assistente Social () Técnico de Enfermagem ()

Psicólogo () Auxiliar de Enfermagem ()

Enfermeiro () Outra cliente ()

Médico () Qualquer um ()

Outro: (especifique) _____

Considera possível responsabilizar-se (ser o principal agente) pelo seu próprio cuidado, ainda na maternidade?

sim () não ()

Por que? _____

ANEXO 3 - RELAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES

Constam as instituições cadastradas pela Fundação IBGE, mas que, após checagem durante a implementação da pesquisa, por motivos vários, não mais satisfaziam às exigências descritas no capítulo II - METODOLOGIA. Acrescentamos outras que, por serem recentes, não haviam sido relacionadas pela fonte consultada.

1. Hospital do Andaraí - MPAS
Rua Leopoldo, 280 - Andaraí, tel. 258-5503
2. Hospital Central do Corpo de Bombeiros do Estado RJ
Hospital Aristarco Pessoa
Av. Paulo de Frontin, 876 - Rio Comprido, tel. 273-5772
273-5812
4. Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Av. 28 de Setembro, 87 - Vila Isabel, tel. 264-6222
5. Hospital Dispensário Municipal Manoel Arthur Villaboim
Praça Bom Jesus, 40 Ilha de Paquetá, tel. 397-0123
397-0214
6. Hospital Estadual Getúlio Vargas
Av. Lobo Junior, 2293 - Penha, tel. 270-7772
230.2768
7. Hospital Estadual Padre Olivério Kraemer
Rua Nilópolis, 329 - Realengo, tel. 331-0123
331-0220

8. Hospital Estadual Pedro II
Rua do Prado, 325 - Santa Cruz, tel. 395-0123
395-0467
9. Hospital Estadual Rocha Faria
Av. Cesário de Melo, 1345 - Campo Grande, tel. 394-0123
394-3357
10. Hospital Geral de Bonsucesso
Av. Londres, 616 - Bonsucesso, tel. 280-4549
230-7352
11. Hospital Maternidade Carmela Dutra
Rua Aquidabã, 1037, Lins, tel. 390-0820
390-7043
12. Hospital Maternidade Alexander Fleming - INAMPS
Rua Jorge Schimidt, 331 - Marechal Hermes, tel. 390-8850
13. Hospital Maternidade da Praça XV
Praça XV, nº 4, fundos. Praça XV, tel. 221-6876
221-1107
14. Hospital Municipal Miguel Couto
Rua Mário Ribeiro, 117, Leblon, tel. 274-6050
274-9097
15. Hospital Municipal Paulino Werneck
Estrada da Cacuaia, 745 - Ilha do Governador tel. 396-0123
396-4500
16. Hospital Municipal Salgado Filho
Rua Arquias Cordeiro, 370 - Méier, tel. 201-9112
201-3149

17. Hospital dos Servidores do Estado - IPASE
Rua Sacadura Cabral, 178 - Saúde, tel. 233-0546
291-3131
18. Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle - UNI-RIO
Rua Mariz e Barros, 775 - Tijuca, tel. 264-7025
19. Instituto Fernandes Figueira. M.S.
Av.Rui Barbosa, 716, Flamengo, tel. 551-0242
551-0296
20. Maternidade Escola da U.F.R.J.
Rua das Laranjeiras, 180 - Laranjeiras, tel. 245-8173
21. Maternidade Municipal Fernando Magalhães
Rua General José Cristiniano, 87 - S.Cristóvão
tel. 234-8040 e 234-4252
22. Maternidade Municipal Herculano Ribeiro
Rua Andrade Figueira, s/nº - Madureira, tel. 390-0180

ANEXO 4 - ORIENTAÇÃO SOBRE A COLETA DE DADOS

Aos monitores e/ou enfermeiros que participarão da coleta de dados referente ao trabalho monográfico, de conclusão do Curso de Mestrado, da mestranda Ivis Emília de Oliveira Souza.

Antecipadamente agradecemos a colaboração e pedimo-lhes paciência, atenção e zelo no desenvolvimento desta etapa, de extrema importância para o alcance dos objetivos do estudo e para a realização de um trabalho sério e científico.

Vocês receberão dois instrumentos distintos:

19) Formulário I - DA INSTITUIÇÃO - a ser respondido pelo enfermeiro chefe da maternidade. Na ausência deste, entrevistar aquele que tenha experiência na área obstétrica, em especial no atendimento às puérperas. O instrumento é subdividido em três partes (1, 2 e 3), devendo ser preenchido em sua totalidade. Preferimos que seja utilizado como "guia de entrevista". Verificar e anotar o código da instituição.

29) Formulário II - DA CLIENTELA - a ser preenchido pelas puérperas selecionadas conforme os seguintes critérios: puérperas de parto eutócico com mais de seis horas de pós-parto; que já tenham realizado a primeira deambulação; sem queixas relevantes; com conceito vivo e aparentemente bem; que já tenham tido algum contato com o bebê.

CRITICAL VALUES FOR THE F TEST AT ONE-SIDED LEVEL 99%, OR TWO-SIDED LEVEL 98%

TABLE VII

Critical values for the F test at one-sided

Table with columns for parameter value (degrees of freedom) f1 of the numerator (1-18) and rows for parameter value (degrees of freedom) f2 of the denominator (2-1000). Includes a note: 'The values in the first row are to be multiplied by 10'.

e.g. If the parameters are f1 = 9 and f2 = 20, then P(F < 3.56) = 99%.

(cont.)

level 99% or two-sided level 98%

Table with columns for parameter value (degrees of freedom) f1 of the numerator (19-30) and rows for parameter value (degrees of freedom) f2 of the denominator (19-1000). Includes a note: 'The values in the first row are to be multiplied by 10'.

Parameter f2 of the denominator

O instrumento é subdividido em cinco partes (1, 2, 3, 4, 5), devendo ser preenchido em sua totalidade. Deve ser utilizado como "guia de entrevista". Verificar e anotar o código da instituição e numerar, para controle, conforme o correspondente à 50% dos leitos destinado a clientela em pauta.

Ex.: 50 leitos para puérperas - preencher 25
formulários
37 leitos para puérperas - preencher 19
formulários
8 leitos para puérperas de parto eutócico
preencher 4 formulários.

Caso, na enfermaria, haja um número de clientes inferior ao calculado, para esta pesquisa, retornar para completar. Ao contrário, tendo mais clientes do que o determinado pelos cálculos, selecionar as que possuírem tempo maior de pós-parto.

Boa sorte e

Obrigado.

- boração de Projetos e Relatórios de Pesquisa, Teses e Dissertações. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981, 2a. edição.
- BAUMSLAG, N. Family Care. Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1973.
- BETHEA, D.C. Enfermagem Obstétrica Básica. Tradução (de) He gueno Oliveira Celino e José Cortines Linhares, 3a. edição, Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1983.
- BLEIER, I.J. Bedside Maternity Nursing, Fourth Edition, New York, W.B. Saunders Company, 1979.
- BROUCK, Jeanne V.D. Manual para crianças com pais-problemas. Trad. Maria da Conceição Andrade Arruda. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero, 1984.
- BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. Moderna Prática de Enfermagem 2a. edição, Volume 3, Parte 2, Volume I Parte 1, Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1980.
- _____. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Volume I, Unidade 1, Rio de Janeiro, Editora Interamericana, 1982.
- CALDEYRO-BARCIA, R. Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. Conferência feita no Simpósio "Recientes adelantos en Medicina Perinatal". Publicación Científica nº 858 del Centro Latinoamericano de Perinatología Y Desarrollo Humano, Montevideo, OPAS, OMS, 1979.
- JAMPESTRINI, S. Alojamento Conjunto Mãe-Filho e o Enfermeiro. Curitiba: Imprensa Universitária da U.C.P., 1982.

BIBLIOGRAFIA

- ABDELLAH & LEVINE. Tipologia em Pesquisa e Glossário. In: Better Patient Care Through Nursing Research (texto mimeografado cedido pela C.C.P.G. em Enfermagem - UFRJ).
- ABERASTURY, A. & SALAS, E.J. A Paternidade: um enfoque psicanalítico. Tradução (de) Maria Nestrovsky Folberg, Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1984.
- ALMEIDA, C.A.D. Como tratar um doente - assistência espiritual. 2a. edição. São Paulo: Edições Paulinas, 1983.
- AMORIM, J.M.L. Psicologia Hospitalar: aspectos existenciais nas internações clínicas. Cadernos de Psicologia - Série Clínica. São Paulo: Font & Juliã Editores, 1984.
- ANDRADE, M.D.L. A Enfermagem e a relação de ajuda. In: Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Brasília: ABEn 1980, pág. 81-84.
- ANNA, D.J.; CHRISTENSEN, D.G.; HONON, S.; ORD, L.; WELLS, S.R. Implementing OREM's Conceptual Framework. Journal of Nursing Administration, Nov./1981, p. 8-11.
- ARAÚJO, E.C.; SILVA, N.F.; PARAÍSO, E.O.P. Assistência de Enfermagem pela problemática do INAMPS. Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Brasília, DF, 1980, página 33-46.
- BARBOSA, L.A.H. Obstetrícia Prática, 6a. edição, Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1981.
- BASTOS, L.R.; PAIXÃO, L.; FERNANDES, L.M. Manual para a Ela-

- CAMPESTRINI, S. Alojamento Conjunto e Incentivo à Amamenta -
ção. Curitiba: EDUCA - Editora Universitária Champagnat
da U.C.P., 1983.
- CARKHUFF, R.R. O Relacionamento de Ajuda. Trad. Clara Feld-
man, Revisão: Woller de Alvarenga. Belo Horizonte: CEDEPE
Editora, 1979.
- CARVALHO, V. A Relação de Ajuda da Totalidade da Prática de
Enfermagem. In: Anais do XXXII Congresso Brasileiro de En-
fermagem. Brasília, ABEn, 1980, pág. 65-69.
- CASTRO, C.M. Estrutura e Apresentação de Publicações Técni-
cas, versão preliminar, Rio de Janeiro: Instituto de Pla-
nejamento Econômico Social - IPEA, 1973.
- CASTRO, H. & CASTRO, F.F. Por um nascimento consciente. Tra-
dução do original, México, 1977. Gran Fraternidad Univer-
sal Serge Raynaud de la Ferrière Linea Solar. São Paulo: E-
ditora Ground Ltda.
- CASTRO, I.B. Ações Educativas para o Autocuidado. Curso Na-
cional de Pneumologia Sanitária, DNPS-ENSP, 1982. Mimeogra-
fado.
- CASTRO, L.S.V. Pontos de Estatística, 15a. edição revista e
aumentada, Rio de Janeiro: Editora Científica, 1970.
- CERVO, A.L. & BERVIAN, P.A. Metodologia Científica para uso
de estudantes universitários. 2a. ed., São Paulo, McGraw-
Hill do Brasil, 1977.
- CHAVES, M.M. Saúde e Sistemas. Rio de Janeiro: Fundação Ge-
túlio Vargas, Serviço de Publicações, 1972.
- CIANCIARULLO, T.I. Histórico de Saúde: Instrumento de inte-

- gração do cliente na assistência à saúde. Anais do XXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem, Camboriú, SC, 1977, pág. 31-37.
- CLAUSEN, P.; FLOOK, M.H.; FORD, B.; GREEN, M.M.; POPIEL, E.S. Maternity Nursing Today's. USA, McGraw-Hill Book Company, 1973, pág. 542-576.
- CLARK, Colette. O livro do Aleitamento Materno. Tradução de Margot Petry Malnic. São Paulo: Editora Manole, 1984.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de Deontologia de Enfermagem. Resolução nº 9/1975 D.O.U. de 29.03.76.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM e ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Direito à Saúde e Direito à assistência de Enfermagem, contribuição para o debate da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986.
- COSLOVSKY, S. Gravidez: da concepção ao parto, como chegar a um bebê sadio. Colaboração de Mário Coslovsky, 2a. edição Rio de Janeiro: Bloch Editores S.A., 1985.
- COSTANTI, Domingos. Feliz Parto Natural, Brasília, DF: TAO Livraria e Editores Ltda e Editora Parma Ltda, SP, 1980.
- COTINAUD, O. Psicologia para enfermeiras. Tradução: Maria Fernanda Margarida Correia; Porto: Livraria Científica Editora, 1975.
- DANIEL, L.F. A Enfermagem Planejada, 3a. edição, revista e ampliada. São Paulo: EPU, 1981.
- DANTAS, I.P. A Enfermagem de Saúde Pública na Assistência Materno-Infantil. Rio de Janeiro: Junta de Educação Religiosa e Publicações, 1978.

- DICKSON, G.L.; LEE-VILLASENOR, H. Nursing theory and practice: a self-care approach. Advances in Nursing Science, V. 5, nº 1, October, 1982, 29-40.
- DRUMMOND, J.P. Perinatologia e Anestesiologia. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica Ltda., 1979.
- DU GAS, B.W. Enfermagem Prática. Rio de Janeiro: Editora Interamericana Ltda., 1978. 3a. edição.
- ELHART, D.; FIRSICH, S.C.; GRAGG, S.H.; REES, O.M. Princípios científicos de Enfermagem, Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos Ltda., 1983.
- ECONOMIDES, A. Parto sem dor. Tradução de Luis Gama. Coleção Vida Afetiva e Sexual, Editora Artenova, 1977.
- FERREIRA, I.P. Expectativas da Puérpera Normal quanto à Equipe de Enfermagem. (Tese de Mestrado). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem, UFRJ, 1979.
- FIGUEIREDO, I. Princípios de Neonatologia. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica Ltda., 1984.
- FREER, C.B. Self-care: a health diary study. In: Medical Care, vol. XVIII, nº 8, agosto 1980, p.853-61.
- FRIESNER, A. & RAFF, B. Enfermagem Obstétrica. Trad. J.C. Almeida Moura. São Paulo: Organização Andrei Editora S.A., 1978.
- FOSTER, P.C.; JANSSENS, N.P.; Dorothea E.Orem. In: Nursing Theorie, conference group. Nursing theories: the base for professional nursing practice. New Jersey: Prentice-Hall Inc., 1980. p.90-106.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Su

- HELLMAN, Louis M.; PRITCHARD, J.A.; WYNN, R.M. Willians Obstetrics, 14^a edition, New York: Appleton Century Crofts - Meredith Corporation, 1971.
- HENDERSON, V. Basic Principles of Nursing Care, International Council of Nursing. London, 1960. (Mimeografado)
- HORTA, W.A. colaboração de CASTELLANOS, B.E.P. Processo de Enfermagem. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1979.
- IFFY, L. & KAMINETZKY, H.A. Principles and Practice of Obstetrics and Perinatology. New York Publication John Wiley & Sons Inc., 1981, vol. I e II.
- JANUÁRIO, A.M.L. Uma Experiência de Ensino de Assistência de Enfermagem à Adolescente Gestante no Pré-Natal (Tese de Mestrado). Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1978.
- JERSILD, A.T. Psicologia da Criança. Trad. Marta B.E. e Neil R.da Silva. Belo Horizonte: Editora Itatiaia Ltda, 1977.
- JOSEPH, L.S. Self-care and the nursing process. Nursing Clin. of North Amer. vol.15 nº 1, Março de 1980, p. 131-143.
- KESSELL, M.I. Planejamento e Pesquisa. Apostila, Rio de Janeiro, 1983. Mimeografado.
- KRANTZ, D.S.; BAUM, A.; WIDEMAR, M.V. Assesment of Preferences for sel-treatment and information in Health Care. Journal of Personaligy and Social Psychology vol. 89, nº 5 p.977.
- LANGER, M. Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicoss

- perintendência de Estatísticas Primárias - DEPSI. Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - Assistência Médico-Sanitária, V.1, 1976. Rio de Janeiro, IBGE, 1981. p-528-570.
- GALPERIM, M.R.O. Percepção de Clientes e Membros da Equipe de Enfermagem, de uma unidade de autocuidado acerca da liberdade de raiz e de ação dos primeiros e seus respectivos locus de controle. Tese de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1983.
- GARRISON, K.C.; KINGSTON, A.J. & BERNARD, H.W. Psicologia da Criança. Trad. Leonidas Gontijo de Carvalho. São Paulo: IBRASA - Instituição Brasileira de Difusão Cultural S.A., 1971.
- GRELLE, F.C. & AMARAL, L.B.D. Obstetrícia, Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1981.
- GROSSER, Leslie R. All Nurses can be involved in to teach patient and Family. In: AORN Journal, vol.33, nº 2, fevereiro 81, 217-18.
- GUEIROS, H.; BARROS, D.N.; LINS, F.E.; GALHARDO, J. Obstetrícia: conceitos e condutas. Rio de Janeiro; Folha Carioca Editora Ltda., 1987.
- HALMOS, P.R. The Teaching of Problem Solving. The American Mathematical Monthly nº 5, 1975, p.2-3.
- HARUNARI, L. O sistema alojamento conjunto para recém-nascido e mãe em maternidade ou em unidade obstétrica como contribuição para a assistência integral ao recém-nascido. Porto Alegre: CESC - Centro S.Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde, 1977.

- somático. Tradução (de) Maria Netrovsky Folberg, Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1981.
- LEBOYER, F. Nascer sorrindo. 4a. ed., São Paulo: Editora Brasiliense S.A., 1979.
- LEVIN, L.S. Patient education and self-care: how do they differ? Nursing Outlook, 1978, 26(3):170-175.
- LINS, F.E. O parto natural: a mais nova, ou mais antiga, forma de dar à luz. Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1983.
- LOFREDI, L.E. Relação de Ajuda. In: Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Brasília, 1980. Pág. 57-63.
- LUKAS, K.H. Facilitação Psicológica do Parto, 3a. edição, São Paulo: Editora Manole Ltda., 1983.
- LUKE, B. Nutrição Materna. Tradução: Alfredo Silva Brandão e Edison Ferreira. São Paulo: Livraria Roca Ltda., 1981
- MALDONADO, M.T.P. Psicologia da Gravidez, Parto e Puérpério. 5a. edição, Petrópolis: Editora Vozes, 1982.
- _____. Como cuidar de bebês de zero a um ano. Petrópolis: Editora Vozes Ltda., 1984.
- MALDONADO, M.T.P.; NAHOUM, J.C.; DICKSTEIN, J. Nós estamos grávidos. 4a. edição, Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1983.
- MASON, M.A. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tradução de Nelson Gomes de Oliveira, Rio de Janeiro: Editora Interamericana Ltda., 1976, 3a. edição, p.51-57.
- MARTINS, J.A.P. Manual de Obstetrícia. A Fisiologia. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1982.
- McCLAIN, E.M. & GRAGG, S.H. Princípios Científicos da Enfermagem. Tradução de Sylvio Bevilacqua e Silvio Goldefeld.

- somático. Tradução (de) Maria Netrovsky Folberg, Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1981.
- LEBOYER, F. Nascer sorrindo. 4a. ed., São Paulo: Editora Brasileira S.A., 1979.
- LEVIN, L.S. Patient education and self-care: how do they differ? Nursing Outlook, 1978, 26(3):170-175.
- LINS, F.E. O parto natural: a mais nova, ou mais antiga, forma de dar à luz. Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1983.
- LOFREDI, L.E. Relação de Ajuda. In: Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Brasília, 1980. Pág. 57-63.
- LUKAS, K.H. Facilitação Psicológica do Parto, 3a. edição, São Paulo: Editora Manole Ltda., 1983.
- LUKE, B. Nutrição Materna. Tradução: Alfredo Silva Brandão e Edison Ferreira. São Paulo: Livraria Roca Ltda., 1981
- MALDONADO, M.T.P. Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério. 5a. edição, Petrópolis: Editora Vozes, 1982.
- _____. Como cuidar de bebês de zero a um ano. Petrópolis: Editora Vozes Ltda., 1984.
- MALDONADO, M.T.P.; NAHOUM, J.C.; DICKSTEIN, J. Nós estamos grávidos. 4a. edição, Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1983.
- MASON, M.A. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tradução de Nelson Gomes de Oliveira, Rio de Janeiro: Editora Interamericana Ltda., 1976, 3a. edição, p.51-57.
- MARTINS, J.A.P. Manual de Obstetrícia. A Fisiologia. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1982.
- McCLAIN, E.M. & GRAGG, S.H. Princípios Científicos da Enfermagem. Tradução de Sylvio Bevilacqua e Silvio Goldefeld.

- Rio de Janeiro, Editora Científica, 1973. 2a. edição.
- MCLENNAN, C.E.; SANDBERG, E.C. Synopsis Obstetrics. Saint Louis, USA, The C.V.Mosby Co., 1974, 9.edition.
- MIDDLEMORE, M.P. Mãe e Filho na amamentação - uma analista observa a dupla amamentar. Tradução Mário P.A.Prado, São Paulo: IBREX - Distribuidora de Livros e Material de Escritório, 1974.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Amamentação Materna: vida, saúde e amor. Rio de Janeiro: MOBRAL, DEPEC, DIPEP, 1982.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, OPAS/OMS. Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem à Comunidade. Informe Final. Brasília, 1977.
- _____. Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem em recuperação de saúde. Informe Final. Brasília, 1978.
- MONTENEGRO, C.A.B. Rotinas em Obstetrícia - Maternidade-Escola. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1982.
- MULLIN, V.I. Implementing the self-care concepts in the acute care setting. Nurs. Clin. of North Amer., 1980, vol.15 nº 1, p.177-190.
- NEVES, E.P. The Relationship of hospitalized individuals' cognitive structure regarding health to their health self-care behaviors. Dissertation submitted to the Faculty of the School of Nursing of the Catholic University of America for the Degree Doctor of Nursing Science, Washington, D.C., 1980.
- NIGHTINGALE, F. Notes on Nursing - what it is and what it is not. A facsimile of the first edition published in

- 1860 by D.Appleton and Co., New York. With a foreword by Virginia M. Dunbar. London, 1946, pág. 133.
- NORRIS, C.M. Self-care. American Journal of Nursing, vol. 79/3):486-489.
- OLIVEIRA, D.G. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Recém-Nascido Normal na fase neonatal precoce. Proposta de Guia de Instrução Tese de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem Ana Neri, UFRJ, 1979.
- OLIVEIRA, M.I.R. O Enfermeiro e a Enfermagem. In: Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, Manaus, 1981. pág. 19-31.
- ONU - Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948 (folheto).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS/UNICEF) - Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, 1978.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Carta Magna, Genebra, 1946.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Aspectos de Enfermería Obstetricia en salud maternoinfantil y planificacion de la familia, 1974.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OMS "El Enfoque de Riesgo en la Atención Materno-Infantil". Washington, outubro 1980, Primer Borrador - Mimeo.
- OREM, D.E. Nursing Concepts of Practice. New York: McGraw-Hill Book Co., 1971.
- _____. Nursing Concepts of Practice, Third edition, Maryland: McGraw-Hill Book Co., 1985.
- PAIM, L. A prescrição de enfermagem - unidade valorativa do

- plano de cuidado. Tese de Mestrado da Escola de Enfermagem Ana Neri, UFRJ, Rio de Janeiro, 1976.
- PAIM, R.C.N. Metodologia Científica em Enfermagem. Edição da autora. Rio de Janeiro, 1980.
- PARCIONIK, M. O parto de cócoras. São Paulo: Editora Brasiliense S.A., 1983, 3a. edição.
- PEIXOTO, S. Pré-Natal. São Paulo: Editora Manole, 1979, págs. 1-97.
- PHILIP, A.G.S. Neonatologia. Trad. José Dias Rego. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S.A., 1979.
- POLETTI, R. A Teoria dos Cuidados de Enfermagem em Dorothea E.Orem - Capítulo 11, in: Le soins infirmiers: theories et concepts, Paris: Le Centurion, Tradução de Cecília Pêco Coelho. (Mimeografado)
- PORTER, D. & SHAMIAN, J. Sel care in theory and practice. Mimeografado.
- PRYOR, K.W. A arte de amamentar. Tradução de Maria Silvia Mourão Netto. São Paulo: Summus Editorial, 1981.
- RAMÓN y CAJAL, S. Regras e conselhos sobre a investigação científica. Tradução (de) Achilles Lisboa, 3a. edição, São Paulo: T.A. Queiroz Editor Ltda., Edição da Universidade de São Paulo, 1979.
- REID, D.E. A Textbook of Obstetrics. Londres, W.B.Saunders Co., 1962.
- REZENDE, J. & MONTENEGRO, C.A.B. Obstetrícia Fundamental. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 4a. edição, 1984.
- RIZZARDINI, M.; JIMENEZ, J.; BECA, J.P.; WILD, R. Manual

- de Perinatologia, Colección Medicina Chilena. Santiago: Ediciones Mar del Sur, 1979.
- RUDIO, F.V. Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica. Petrópolis: Editora Vozes, 1980, 4a. edição.
- RUIZ, J.A. Metodologia Científica: guia para eficiência nos estudos. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1977.
- SALLES, M. O que a Enfermagem pode fazer por você e pelo Brasil. Anais do XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem, São Paulo, SP, 1983, pág. 25-34.
- SALOMON, D.V. Como fazer uma monografia: elementos de metodologia do trabalho científico. 5a. ed., Belo Horizonte: Interlivros Ltda., 1977.
- SAMBAQUY, C.F. Nutrição da Gestante. Conferência proferida na M.E. - da FNMUB - na Semana de Alimentação, Rio de Janeiro, 1954. Mimeografado.
- SARKADI, K.; VINCZE, I. Mathematical Methods of Statistical Quality Control. New York: Academic Press, 1974.
- SCOTNEY, N. Educação para a Saúde: Manual para o pessoal de zona rural. Trad. Maria Terezinha C. Aflalo. São Paulo, Edições Paulinas, 1981.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Aleitamento Materno: conceituação e procedimentos. Alojamento conjunto. Niterói, Instituto Vital Brasil, 1982.
- SEVERINO, A.J. Metodologia do Trabalho Científico: diretrizes para o trabalho didático-científico na universidade. 2a. edição, São Paulo: Cortez & Moraes Ltda., 1977.
- SIMÕES, C. Considerações sobre o uso e a semântica de algu-

- mas palavras empregadas nos textos da ReBEn no período de 1974-1978. Rev. Bras. Enf., DF, 33:305-309, 1980.
- SINDICATO DOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO. Departamento Científico, Política de Saúde no Município do Rio de Janeiro (subsídios para um debate). Coordenado por Adolfo H. Chorony, Angela Granem e Luiz Jorge Werneck Vianna, Rio de Janeiro, Lide, 1980.
- SINGH, M. Aleitamento Materno, Tese de Livre Docência apresentada à Escola de Enfermagem Ana Neri da Universidade Federal do Rio de Janeiro, São Paulo, 1974.
- SOARES, F.N. A Enfermeira Obstétrica: sua função na sala de parto. Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1972.
- SOIFER, R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Tradução de Ilka Valle de Carvalho. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1980.
- SOUZA, E.DE F. Novo Manual de Enfermagem, Rio de Janeiro, Editora Cultura Médica Ltda., 1974, 6a. edição.
- THIS, B. O Pai: Ato de Nascimento. Tradução de Mário Fleig e Luiz Carlos Petry, Porto Alegre, Editora Artes Médicas, Série Discurso Psicanalítico V.6, 1987.
- VARELA, C.B. A Arte de Amamentar seu Filho. Tradução de: Marilen Tomé de Manigot e Maria Silva C.Carvalho, 29a. edição. Petrópolis: Editora Vozes, São Paulo: Cidade Nova Editora, 1983.
- VELLAY, P. Parto sem dor: princípios, prática e testemunho. Tradução (de) José Knoplich. 4a. edição. São Paulo, IBRASA 1980

- VERNON, M.D. Motivação Humana. Tradução de Luiz Carlos Lucchetti, Petrópolis: Editora Vozes Ltda., 1973.
- VIEIRA, T.T.; ROMAN, A.V.; LUCKESI, M.A.V. A Competência con
tinuada e a Assistência de Enfermagem. In: Anais do XXXII
Congresso Brasileiro de Enfermagem, Brasília, DF, 1980,
pág. 47-51.
- VINHA, V.H.P. Amamentação Materna: incentivo e cuidados, São
Paulo: SARVIER, 1983.
- VULLIAMY, D.G. O recém-nascido, Trad. Sonia Maria Baldini.
4a. ed., São Paulo: Editora Manole, 1979.
- WYNN, R.M. Obstetrícia e Ginecologia. Trad. José Mendonça
Primo. São Paulo: Editora Manole, 1977.
- WINNICOTT, D.W. A Criança e o seu mundo. Tradução de Álvaro
Cabral, 5a. edição, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1979.
- ZIEGEL, E.F. & CRANLEY, M.S. Enfermagem Obstétrica. 7a. edi-
ção, Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1980.