

GEMA CONTE PICCININI

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DOS PROBLEMAS DA GESTANTE
DIAGNOSTICADOS NA PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM
NO AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL DE UM HOSPITAL GERAL

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Materno-Infantil.

PORTO ALEGRE, 1979

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*À professora, Dra. Ernestine Maurer Bastian,
pela paciência, sabedoria e amizade com que
me conduziu na elaboração deste trabalho.*

AGRADECIMENTOS

As crianças que hão de vir neste Ano Internacional da Criança pelo objeto primeiro que elas são deste trabalho.

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho pudesse ser realizado.

SUMÁRIO

RESUMO	V
SUMMARY	VI
RIASSUNTO	VII
ÍNDICE DE TABELAS	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS E QUADRO	IX
ÍNDICE DE ANEXOS	X
1 - INTRODUÇÃO	1
2 - REVISÃO DA LITERATURA	4
3 - OBJETIVOS	10
4 - VARIÁVEIS	11
5 - MATERIAL E MÉTODO	13
6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
7 - CONCLUSÕES	53
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
9 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	58
10 - ANEXOS	60

R E S U M O

O presente trabalho foi empreendido no intuito de descobrir problemas da gestante, a simultaneidade de frequência dos problemas e a distribuição destas simultaneidades em relação à idade, trimestre de gestação e paridade das gestantes.

Para este fim, foram colhidos dados em 417 fichas de gestantes à nível de 1.^a consulta em Serviço de Pré-Natal.

Os resultados da pesquisa revelaram que os problemas mais frequentes são os decorrentes da alimentação inadequada, do desconhecimento da evolução da gestação e da constipação intestinal.

Foi constatado, outrossim, que a simultaneidade dos problemas ocorre com maior frequência, segundo uma escala decrescente, com a alimentação inadequada, com aumento excessivo de peso, com ausência de controle odontológico, com a constipação intestinal e com o desconhecimento da evolução da gestação.

Verificou-se, ainda, que ocorrem mais problemas em mulheres nulíparas, em gestantes de 2º trimestre e em gestantes de 20 — 30 anos de idade.

S U M M A R Y

The objective of this study was to discover problems that are common among pregnant women of similar age, parity, and stage of gestation.

Data were collected on occasion of the first Pre-Natal visit by 417 patients.

This study showed that the problems most frequently encountered are, inadequate diet, constipation and lack of knowledge concerning fetal development.

It was reported that these problems occurred simultaneously in relation to inadequate diet, excessive weight gain absence of proper dental care.

It was reported too, that these problems occur more frequently and simultaneously, on a decreasing scale in relation to inadequate diet, constipation, weight gain, lack of dental care and lack of knowledge concerning fetal development.

The problems are encountered most frequently in multiple births, in the second trimester of gestation, and between 20-30 years of age.

R I A S S U N T O

Il presente lavoro è stato effettuato con l'intenzione di scoprire i disturbi della gestante, la simultaneità di frequenza dei disturbi e la distribuzione di questa simultaneità in relazione all'età, al trimestre di gravidanza e ai parti delle gestanti.

Per questo fine sono stati raccolti dati di 417 cartelle di gestanti a livello di prima consulta nel servizio di prenatalità.

I risultati dell'indagine hanno rivelato che i disturbi più frequenti sono quelli derivati da alimentazione inadatta, da ignoranza dell'avanzamento della gravidanza e da indisposizione intestinale.

È stato constatato, inoltre, che la simultaneità degli inconvenienti avviene con maggior frequenza, secondo una scala crescente, con l'alimentazione inadatta, con l'aumento eccessivo di peso, con la mancanza di controllo odontologico, con l'indisposizione intestinale e con l'ignoranza dell'avanzamento della gravidanza.

Si è verificato anche, che avvengono disturbi più frequenti in donne multipare, in gestanti di secondo trimestre e in gestanti tra i venti e i trenta anni di età.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	-	Distribuição das 417 gestantes segundo idade cronológica e idade gestacional	21
Tabela 2	-	Distribuição das gestantes segundo idade cronológica e paridade	28
Tabela 3	-	Problemas apresentados com maior frequência por 417 gestantes na primeira consulta de enfermagem	38
Tabela 4	-	Problemas apresentados com maior frequência segundo idade, por 417 gestantes	39
Tabela 5	-	Problemas apresentados com maior frequência segundo trimestre de gestação	42
Tabela 6	-	Problemas apresentados por 417 gestantes segundo paridade	44
Tabela 7	-	Simultaneidade de problemas apresentados por 417 gestantes segundo idade gestacional	46
Tabela 8	-	Simultaneidade de problemas apresentados por 417 gestantes segundo idade cronológica	49
Tabela 9	-	Simultaneidade de problemas apresentados por 417 gestantes segundo paridade	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS E QUADRO

Gráfico 1	-	Histograma da primeira consulta de enfermagem no primeiro trimestre de gestação	22
Gráfico 2	-	Histograma da primeira consulta de enfermagem no segundo trimestre de gestação	23
Gráfico 3	-	Histograma da primeira consulta de enfermagem no terceiro trimestre de gestação	24
Gráfico 4	-	Gráfico de setores da frequência da primeira consulta de enfermagem nos três trimestres de gestação	25
Gráfico 5	-	Frequência à primeira consulta de enfermagem, idade cronológica e paridade das gestantes	29
Quadro 1	-	Problemas apresentados pelas gestantes e detectados na primeira consulta de enfermagem no ambulatório de pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos anos de 1975 e 1976	19

ÍNDICE DE ANEXOS

1. Folha de coleta dos dados	61
2. Ficha obstétrica	62
3. Folha do livro de registro de consultas	63
4. Roteiro da consulta de enfermagem à gestante sadia ..	64
5. Roteiro para o exame físico	68
6. Ações da enfermeira obstetra desenvolvidas no ambula- tório de pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos anos de 1975 e 1976	70
7. Registro orientado para o problema segundo o Sistema Weed	71
8. Cartão de identificação do paciente do ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	82
9. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem pré- natal ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto A legre	83
10. Ambulatório de pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: processo de entrada, atendimento e saí- da da gestante	89
11. Fluxograma do processo de entrada, atendimento e saí- da da gestante no ambulatório de pré-natal do Hospi- tal de Clínicas de Porto Alegre nos anos de 1975 e 1976	92

1 - INTRODUÇÃO

Sabendo-se que a principal causa de morte em mulheres de 20 a 30 anos é resultante de desvios patológicos do ciclo gravídico puerperal (autor), a assistência à mulher, neste período, deve ser precoce e contínua, de acordo com suas necessidades afetadas.

Considerando-se estes aspectos e a relevância da profilaxia de estados mórvidos e da morte de gestantes, parturientes e puérperas, propôs-se fazer um estudo sobre os problemas diagnosticados pela enfermeira obstetra, a nível de ambulatório, por ocasião da inscrição no programa de assistência pré-natal, através da qual a enfermeira identifica e registra problemas da gestante, orientando-a para os diferentes setores, conforme a necessidade.

Portanto o presente trabalho pretende apresentar os problemas identificados através da inscrição da gestante no programa de enfermagem em saúde materna, no ambulatório de pré-natal de um hospital geral, sem caracterizar se eles surgiram com a gravidez ou a paciente já trazia há mais tempo consigo. Caracteriza-se com um estudo retrospectivo analítico, baseado nos registros efetuados pela enfermeira obstetra por ocasião da primeira consulta de enfermagem.

Com os resultados deste trabalho se pretende contribuir na elaboração e avaliação dos programas de assistência pré-natal.

Os programas de assistência materno-infantil aumentam a medida em que os órgãos governamentais e os profissionais de saúde se conscientizam do que este grupo representa para o futuro de uma nação.

As ações da enfermeira no pré-natal, a nível de consulta de enfermagem, aumentam cada vez mais, surgindo a necessidade de se fazerem estudos para determinar quais os problemas que predominam na população que frequenta os serviços pré-natais, de forma que se possa oferecer às gestantes, uma assistência eficaz e eficiente dentro do tempo e programas propostos.

Sabe-se que a gestação não é fator isolado na vida da mulher, e sim acontecimento que ocorre dentro do contexto biopsico-social já existentes. O ciclo materno não se limita somente à gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, mas vai além e tem suas raízes aquém destas fases. Pode-se dizer que ele inclui a mãe, a filha e a neta, e engloba os períodos pré-natal, trabalho de parto, parto, puerpério, recém-nascido, lactante, pré-escolar, adolescente, pré-marital e pré concepcional. Isto inclui ainda o espaço entre a gravidez e a menopausa.

Paralelamente à identificação dos problemas é importante que o profissional verifique se a paciente identifica o problema como tal, e o nível de conhecimento que ela tem sobre ele.

A importância do registro dos problemas da gestante é fundamental na prática diária. Na maioria das instituições de saúde, porém, não existem sistemas de registro que possam servir de documentação para estudo e pesquisa da qualidade do de-

sempenho da enfermeira junto à paciente.

O problema em estudo busca exatamente como fonte de dados os problemas diagnosticados e registrados por ocasião de uma primeira consulta de enfermagem. Para tanto selecionou-se um serviço que ao longo de 5 anos vem executando esta atividade, tendo normas de registro sistematizado. (anexo 7)

Espera-se com o presente trabalho contribuir para firmar a convicção de que a consulta de enfermagem é possível e necessária dentro de um serviço de saúde e que ela deve ser sempre aperfeiçoada.

2 - REVISÃO DA LITERATURA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS - 1973):

"... uma vez começada a gestação, se requer uma vigilância durante o primeiro trimestre a fim de determinar o estado geral de saúde da mãe e detectar transtornos específicos tais como: anemias, infecções, enfermidades cardíacas e renais e afecções endócrinas ; neste momento deve começar também a educação em matéria de nutrição e saúde e prestar atenção especial para prevenção dos fatores teratogênicos, de acordo com o grau de risco determinado, se iniciará um programa de atenção para o período restante de gestação e parto".

Esta preocupação também faz-se sentir no Plano Decenal de Saúde para as Américas (1972), quando é determinada a prioridade da assistência à saúde materno-infantil.

No contexto da Análise Institucional e Programação de Atividades da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (1972-74) também é definida a área materno-infantil como responsável pelo conjunto de atividades que visam promover, proteger e recuperar a saúde da gestante, da puérpera, da nutriz e da criança.

A importância da orientação precoce visando manter a saúde da mãe e do feto é salientada por Mac DONALD (1974) quando

afirma: "logo que a mulher se percebe grávida deve ser alertada para os problemas que podem decorrer da obesidade, do consumo de fumo, drogas, contacto com doenças infecciosas e dieta inadequada. Deve também ser ajustada em seus problemas sociais". O autor ainda fala dos três aspectos que devem abranger a assistência pré-natal, ou seja:

- orientação pré-concepcional para uma boa saúde geral;
- exames e consultas precoces, quando grávida;
- no puerpério, cuidados específicos de puérpera preparando a próxima gestação.

CIETTO (1976) capta toda a problemática acima quando afirma que a assistência materno-infantil tem merecido absoluta prioridade dos organismos responsáveis em nosso País. A extensão e a profundidade dos problemas que afetam este grupo vêm desafiando a vontade, o zelo e a capacidade das equipes de saúde.

REZENDE (1974), preocupado com a assistência integral da gestante, diz que as metas da assistência pré-natal devem ser, além da assistência psicológica, educacional e social, a identificação da gestante de alto risco. Mas o aspecto fundamental é a sua qualidade. Ele refere como "pequenos distúrbios" da gestação: náuseas e vômitos, pirose, merecismo, cialorréia, picca, constipação, tonturas e vertigens, palpitações e dor pré-cordial, sonolência e insônia, câibras e astenia, depressão, leucorréia e polaciúria.

Como queixas mais comuns nas grávidas que se apresentam à consulta nos ambulatórios de pré-natal, PARAVENTI (1975) rela-

ciona " náuseas e vômitos, malacia, pirose, ptialismo ou cialor-rêia, constipação, polaciúria e, ou disúria, câibras, varizes, hemorróides, palpitações, dispnêia, edema, corrimento, prurido vulval, insônia e hipersonia, estados vertiginosos, cefalêia, epistaxe, dor lombo-sacra".

Em trabalhos mais recentes DAVID & DOYLE (1976) dizem que os problemas mais frequentes no início da gestação são a ansiedade, náuseas e vômitos, fadiga, constipação intestinal e leucorrêia.

Uma abordagem importante é feita por PUFFER & SERRANO (1973) ao analisarem as características da mortalidade na infância. Resumiram as causas em quinze, sendo que quatro delas referem-se ao período gestacional, e são passíveis de detecção quando acompanhadas adequadamente num serviço de pré-natal. Eles observaram uma correlação inversa entre mortalidade infantil e a atenção pré-natal às mães.

BALLESTY (1975), ao falar sobre os problemas que podem ocorrer com maior frequência na gestação, diz que a educação e prevenção devem ser dadas segundo o "Background" de cada gestante; todas, porém, devem ser alertadas sobre cuidados com as mamas, dieta, doses diárias profiláticas de ferro, exercícios, trabalho, vestimentas. Recomenda que a inscrição num serviço de pré-natal deve ser precoce por visar a melhorar ou manter a saúde da gestante, com sua cooperação, pela educação e informação; por visar o tratamento e o diagnóstico precoces de anormalidades logo que se manifestarem ou prevenindo deteriorações, caso existirem doenças causadas pela gravidez; por visar uma a-

valiação do desenvolvimento fetal pela regular observação clínica, com a ajuda dos testes laboratoriais e material especial para avaliação, ajudando o diagnóstico, a conduta e o tratamento; por visar a garantir um bom fim com ambos, pai e mãe preparados para assumirem suas responsabilidades, sua nova condição social na vizinhança, melhor relacionamento pelo nascimento do filho e cuidados posteriores.

A nível da atuação dos profissionais de enfermagem, vários autores já se preocuparam com a atuação da enfermeira obstetra na prevenção de complicações da gestação, parto, puerpério e manutenção da saúde da gestante. DUARTE (1976) diz que "a prestação de enfermagem em atividades diretas e sistemáticas junto às gestantes proporciona maior dinamização dos programas materno-infantis. e os danos redutíveis, através de ações educativas, podem ser tratados a nível de atenção de enfermagem, pois, pelo seu preparo, a enfermeira obstetra está apta para atuar com a gestante em estado de saúde ou de doença. Ela prevê serviços diretos de enfermagem, também ensina às gestantes a se prepararem, para o auto-cuidado".

FREDDY (1974) provavelmente, já quis referir-se às ações específicas da enfermeira obstetra, a nível de prevenção, ao escrever: "a enfermeira obstetra, além de outras, tem as seguintes atividades: explicar às gestantes as modificações que ocorrem no seu organismo e com o feto durante o ciclo gravídico puerperal". Quatro anos depois (1977) a mesma autora, referindo-se à situação de enfermagem obstétrica no contexto brasileiro, conclui dizendo que a atuação da nossa enfermeira obstetra

deverã estar adequada ã realidade que a envolve e, ao desenvolver suas atividades, ela deverã apreender os problemas que dificultam ou impossibilitam o exercício pleno de suas funções na comunidade em que vive.

Consciente das necessidades da população, deverã buscar atingir os objetivos da assistência materno-infantil, com ênfase na profilaxia das doenças incidentes no ciclo gravídico puerperal e nos programas de orientação materna, não se esquecendo dos aspectos emocionais da mãe e de seus familiares.

MOURA (1976), falando da experiência da atuação como enfermeiro obstetra no serviço de pré-natal da clínica obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais, diz que os esforços desenvolvidos pela enfermeira no campo da higiene materno-infantil devem ser cada vez maiores, abrangendo tanto a assistência pré-natal hospitalar como a de saúde pública. Um ano após, CASTRO (1977) apresenta como uma das conclusões de sua dissertação que a consulta de enfermagem, atualmente, é a atividade característica da enfermagem que assiste ã pacientes nas unidades sanitárias, e esta tendência vem se estendendo aos ambulatórios de hospitais e mesmo a ambulatórios isolados.

FONSECA (1977) publica uma nota prévia de um estudo sobre a sistematização da consulta de enfermagem em saúde materna, afirmando que a enfermeira de saúde pública, desde há muito, participa ativamente da assistência prestada ã gestantes e puérras, uma vez que é parte integrante da equipe de saúde. Continua a autora dizendo que uma das formas de tornar a assistência de enfermagem integral, com a finalidade de prevenir a ocorrência de complicações e incentivar a participação da própria

mulher no controle de sua saúde, seria por meio da consulta de enfermagem; para isto, esta atividade deveria ser sistemizada e avaliada para que pudesse ser discutida a sua inclusão em programas de saúde pública.

3 - O B J E T I V O S

Visa-se com este estudo:

1) Identificar os problemas apresentados pela gestante por ocasião da primeira consulta de enfermagem através de registros efetuados pela enfermeira obstetra em ambulatório de pré-natal.

2) Verificar se há simultaneidade na incidência destes problemas e como estes se distribuem.

3) Verificar como se distribuem os problemas e as simultaneidades em relação à idade da gestante, trimestre de gestação e paridade.

4 - V A R I Á V E I S

Dependentes - As variáveis dependentes são representadas pelos problemas apresentados pela gestante na primeira consulta de enfermagem, no período de janeiro de 1975 a dezembro de 1976.

Independentes - Como variáveis independentes figuram:

- idade da gestante;
- trimestre de gestação;
- paridade.

Neste estudo não foram consideradas algumas variáveis como:

- 1) A classe salarial da gestante;
- 2) A profissão;
- 3) A escolaridade

Isto pelas seguintes razões:

a) A classe salarial da gestante, neste serviço, é definida na entrevista da primeira consulta de enfermagem, momento em que ela responde às perguntas sobre a renda mensal e o número de dependentes.

A classificação salarial A, B ou C é registrada somente com base na renda, não sendo levado em consideração a real situação econômica-financeira da gestante. Existem casos, por exemplo, em que a gestante traz como comprovante de renda fa-

miliar, sua renda como professora. Sendo mãe de dois ou três filhos, tal renda, sozinha, é baixa. Atrás disso, porém, muitas vezes, existe um marido com renda elevada e posses. A gestante, no entanto, é classificada no grupo C, fato que para ela é vantajoso uma vez que, assim, pagará somente metade do preço correspondente à consulta, coisa que, certamente, não ocorreria se ela tivesse declarado os reais vencimentos da família.

b) Profissão e escolaridade não constam na ficha. Procuram-se, então, estes dados no prontuário da gestante, onde, na folha de identificação, que nem sempre coincide com a data da consulta, consta como profissão, na maioria das vezes "estudante" e "do lar", de pouca utilidade para este estudo.

Às vezes a escolaridade está registrada dentro do histórico de enfermagem onde se verifica que a grande maioria das gestantes é de segundo grau e grau superior, o que faz pensar que a classe menos instruída deve ter pouca representação entre as gestantes atendidas neste ambulatório.

As palavras SIMULTANEIDADE e CONCOMITÂNCIA são empregadas indistintamente como sinônimos.

5 - MATERIAL E MÉTODO

O presente trabalho é um estudo retrospectivo analítico, baseado em dados obtidos na ficha de consulta de enfermagem correspondente à primeira consulta em ambulatório de pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As variáveis em estudo foram levantadas a partir dos registros encontrados nas fichas das pacientes atendidas no período de janeiro de 1975 a dezembro de 1976.

5.1 - População

A população alvo para a execução deste estudo foi buscada entre as gestantes que frequentaram o serviço de pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde, desde 1972, se desenvolveram programas de assistência individual e de grupo às gestantes, através de uma equipe multi-profissional.

5.2 - Amostragem

Foi estudada a totalidade das fichas das gestantes que se inscreveram no programa de assistência de enfermagem em Saúde Materna no período de 01 de janeiro de 1975 à 31 de dezembro de 1976, mediante a primeira consulta de enfermagem, num total de 417 gestantes.

5.3 - Fonte de dados

Os dados foram colhidos da ficha obstétrica da gestante (anexo 2) e, complementados, quando necessário, pelo registro efetuado no prontuário da gestante por ocasião da consulta.

Esta ficha é de uso exclusivo da enfermeira obstetra e inclui os dados constantes do prontuário da paciente. É aberta na primeira consulta de enfermagem, quando são preenchidos os dados de identificação e os problemas diagnosticados. Após cada reconsulta de enfermagem, ali são registrados os novos problemas com data e assinatura do profissional que os identificou. Esta ficha é fechada na consulta pós-parto e colocada em arquivo especial. Quando a paciente volta em nova gestação, é aberta outra ficha, que será identificada como a segunda. Todas estas fichas são guardadas no próprio ambulatório de pré-natal.

No caso de fichas com informações imcompletas, bem como no caso de serem necessários outros dados, recorria-se aos prontuários.

5.4 - Procedimentos

5.4.1 - A realização da pesquisa

Para a coleta dos dados observaram-se os seguintes passos:

a) Utilização dos dados registrados no momento da inscrição da gestante no programa de assistência de enfermagem, efetuada mediante a primeira consulta com a enfermeira e registrados na ficha obstétrica. (anexo 2)

b) Elaboração de uma ficha para a coleta de dados. Após tes

tada, esta sofreu algumas modificações, resultando no anexo 1, repetida o número de vezes que fosse necessário para completar a coleta da amostra. Esta folha consta de cinco itens que visam obter:

- Identificação do prontuário da gestante, pelo número de registro.
- Paridade, a partir da definição do próprio serviço, ou seja:
 - Nulípara, quando a mulher nunca pariu, nunca deu a luz;
 - Primípara, a mulher que deu a luz pela primeira vez;
 - Multípara, a mulher que deu a luz pela segunda ou mais vezes.

Normalmente considera-se paridade somente quando o parto foi por via natural. Neste trabalho é dado um sentido mais amplo ao termo, incluindo o parto cesáreo.

- Idade cronológica da gestante, segundo dados registrados na ficha e agrupados conforme já descrito na seleção das variáveis.
- Trimestre de gestação em que se inscreveu no programa de assistência de enfermagem.
- Para calcular o primeiro trimestre de gestação contam-se três meses a partir da última menstruação, acrescentando três ou seis meses, respectivamente, para o segundo e o terceiro trimestre.

Para saber o trimestre em que a gestante compareceu para a primeira consulta de enfermagem, verificou-se o

tempo decorrido entre esta e a última menstruação.

- Problemas registrados - Considerando o desconhecimento do número de diferentes problemas registrados, tomou-se a seguinte medida:
 - Os problemas serão identificados por números, a partir de um, em ordem crescente, à medida que forem surgindo nas fichas.
 - Foi elaborada uma folha à parte para relacionar o problema com o respectivo número que acompanha a folha de coleta.
 - Na folha de coleta dos dados foi deixado espaço indeterminado para a enumeração dos problemas que fossem surgindo.

Como não se sabia o número de primeiras consultas registradas neste período, as folhas de coleta dos dados foram sendo elaboradas à medida do necessário. Na coleta dos dados teve-se a colaboração de dois alunos do terceiro ano de graduação em Enfermagem, que foram previamente orientados sobre os objetivos do estudo e o que se pretendia obter em cada ficha consultada.

Foi efetuado treinamento dos colaboradores oportunizando-lhes conhecimentos e habilidades no preenchimento correto das folhas e no manuseio do fichário das gestantes.

Para facilitar o processo da coleta dos dados, fez-se uso do livro de registro das consultas de gestantes, livro este guardado na mesa da enfermeira para uso

diário. O trabalho foi desenvolvido fora do horário de consultas para não prejudicar a dinâmica interna do serviço. As fichas, após identificadas pelo livro, foram retiradas, coletados os dados, e devolvidas ao fichário segundo o mês de registro.

5.4.2 - Processamento dos dados

Para fins de apuração dos dados sentiu-se a necessidade de agrupá-los, o que foi feito usando-se a mesma ficha da coleta inicial, porém, modificada no que se refere à idade. Observou-se a ordem crescente da idade e distribuíram-se as gestantes em grupos com intervalos de cinco anos, a partir de menos de 20 até 40 ou mais anos.

Para uma melhor e mais correta visualização dos dados a serem analisados, foram os problemas colocados em ordem decrescente, segundo a frequência de suas ocorrências. (quadro 1)

A partir do quadro 1, pág. 19, foram selecionados os problemas mais frequentes para dar continuidade ao estudo.

Dos quarenta e três problemas foram escolhidos os oito mais frequentes para o estudo. Embora sabendo que algumas situações clínicas podem apresentar diferentes significados conforme a idade da pessoa e que os agrupamentos por idade obstétrica não coincide exatamente com os agrupamentos usados nas tabelas deste trabalho, optou-se em agrupar os dados aproximadamente, por intervalo de classe, tentando não alterar seu valor.

6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa revelam os problemas que as gestantes reapresentaram na 1.^a consulta de enfermagem, realizada por enfermeira obstetra num programa de assistência pré-natal.

Apresentamos nas tabelas de 1 a 9 e nos gráficos de 1 a 5 bem como no quadro 1, os resultados obtidos.

Os dados das tabelas 1 e 2 mostram a distribuição das gestantes da amostra no que se refere à idade, trimestre de gestação e paridade no momento da primeira consulta, caracterizando a população estudada.

O quadro que segue mostra o total de problemas. A amplitude de frequência é de 1 a 332.

QUADRO 1

Problemas apresentados em 417 gestantes e registrados na primeira consulta de enfermagem no ambulatório de pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos anos de 1975 e 1976.

Nº	PROBLEMAS	FREQUÊNCIA
1	Alimentação inadequada	332
2	Desconhecimento da evolução da gestação	117
3	Constipação intestinal	88
4	Aumento excessivo de peso	83
5	Ausência de controle odontológico	54
6	Ansiedade	44
7	Sedentarismo	29
8	Atividade física excessiva	19
9	Alteração da rede venosa nos membros inferiores	16
10	Tabagismo	16
11	Verminose	11
12	Precárias condições sócio-econômicas	11
13	Toxoplasmose positivo	11
14	Mãe solteira desamparada	7
15	Infecção urinária	7
16	Perda de sangue vaginal	6
17	Edema	6
		...

Nº	PROBLEMAS	FREQUÊNCIA
18	Desajuste sexual	5
19	Chagas positivo	5
20	Lues positivo	4
21	Incompatividade Rh	4
22	Gestação não desejada	4
23	Dor nas fossas ilíacas	3
24	Glicosuria	3
25	Dispneia	3
26	Insônia	2
27	Dor abdominal	2
28	Dilatação precoce do colo uterino	2
29	Náuseas e vômitos	2
30	Anorexia	2
31	Solidão	2
32	Primigesta idosa	1
33	Cefaléia	1
34	Tonturas	1
35	Dor pré-cordial	1
36	Ausência de dentes	1
37	Disúria	1
38	Pré-eclâmpsia	1
39	Prurido vulvo vaginal	1
40	Leucorréia	1
41	Dor nos membros inferiores	1
42	Hipertensão	1
43	Proteinúria	1
	TOTAL	917

TABELA 1

Distribuição das 417 gestantes segundo idade cronológica e gestacional, na primeira consulta de enfermagem, no ambulatório de pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, nos anos de 1975 e 1976.

ANOS	IDADE GESTACIONAL							
	1º TRIMESTRE		2º TRIMESTRE		3º TRIMESTRE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 20	2	2,53	11	4,87	6	5,88	19	4,56
De 20 — 25	29	36,71	75	33,19	36	35,29	140	33,58
De 25 — 30	34	43,04	83	36,73	45	44,13	162	38,85
De 30 — 35	9	11,39	39	17,26	16	5,88	64	15,35
De 35 — 40	5	6,33	14	6,18	7	6,86	26	6,23
40 e mais	-	-	4	1,77	2	1,96	6	1,43
Total	79	18,94	226	54,21	112	26,85	417	100,00

Observamos que a maioria das gestantes está concentrada nos grupos etários de 20 — 25 anos (33,58%) e de 25 — 30 anos (38,85%), o que representa 72,43% das gestantes.

Para melhor visualizar os resultados, apresentamos nos gráficos 1, 2 e 3 os grupos por trimestre de gestação, isoladamente.

GRÁFICO I

Histograma da primeira consulta de enfermagem no primeiro trimestre de gestação no ambulatório de pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos anos de 1975 e 1976.

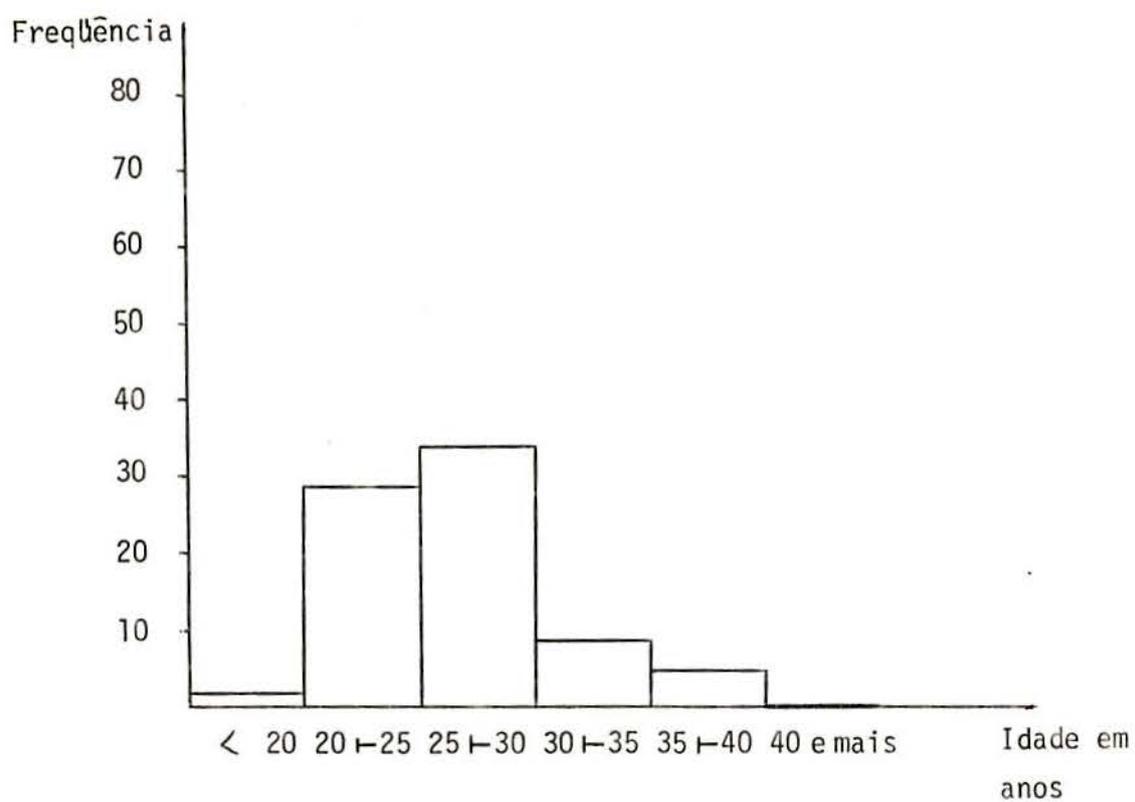


GRÁFICO II

Histograma da primeira consulta de enfermagem no segundo trimestre de gestação no ambulatório de pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos anos de 1975 e 1976.

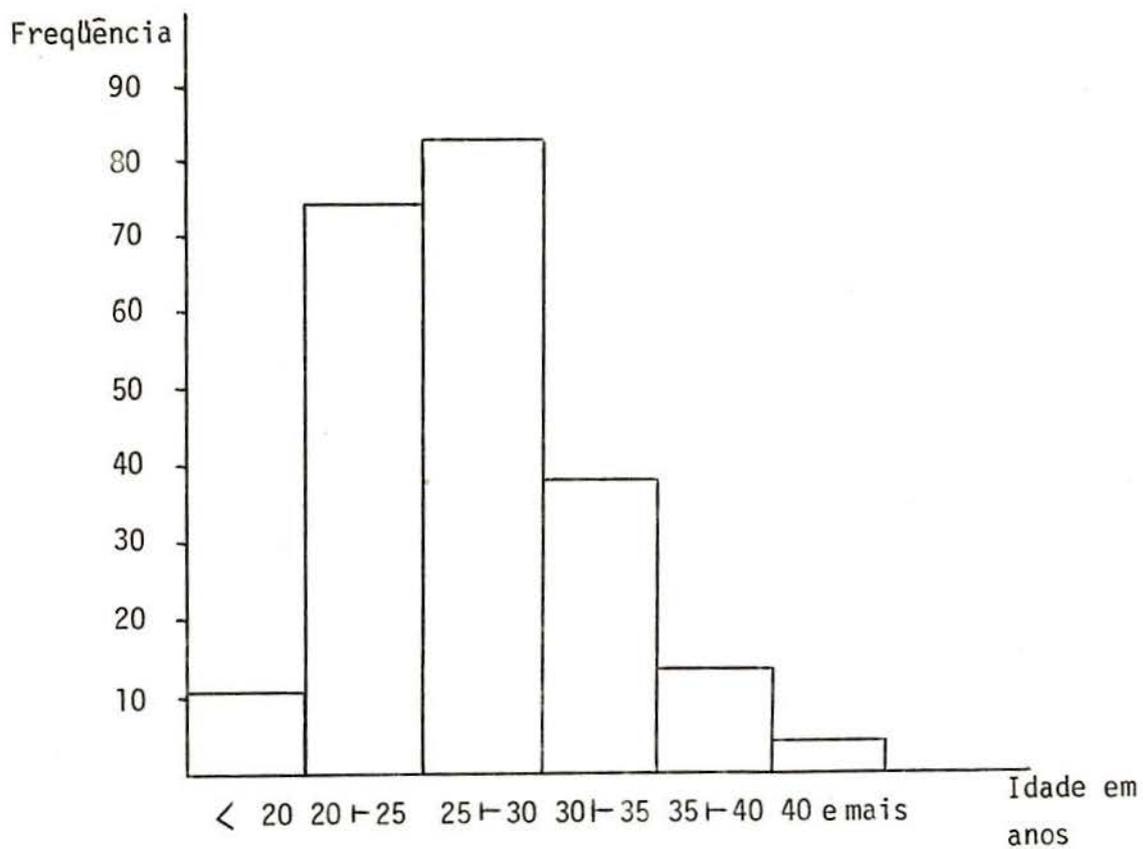
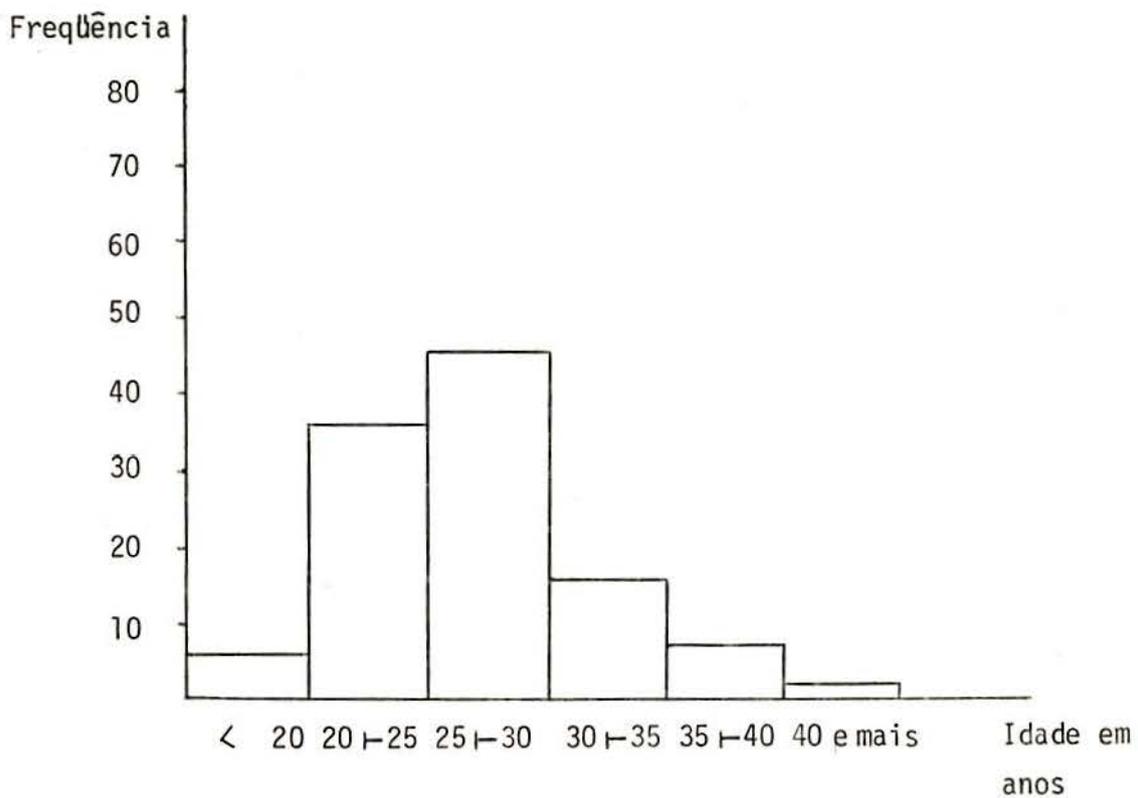


GRÁFICO III

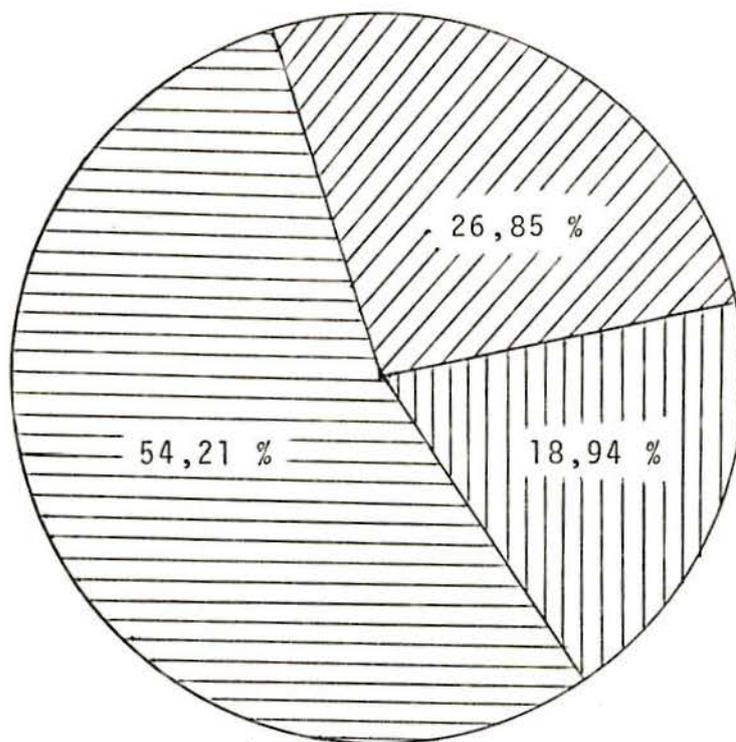
Histograma da primeira consulta de enfermagem no terceiro trimestre de gestação no ambulatório de pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos anos de 1975 e 1976.



Como pode-se observar, nos três gráficos há uma elevada predominância de frequências nas idades de 20 — 30 anos. Isto parece estar relacionado com o maior número de gestantes nesta faixa etária, e nada tem a ver com a melhor ou pior qualidade do serviço. Nos grupos de 30 e mais anos, quando o simples fator "idade" já é um sinal de gestação de risco, segundo os obstetras consultados para este trabalho, constata-se uma maior demanda no segundo e no terceiro trimestres da gestação.

GRÁFICO IV

Gráfico de setores da frequência da primeira consulta de enfermagem nos três trimestres de gestação no ambulatório de pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no anos de 1975 e 1976.



Legenda

-  Primeiro Trimestre
-  Segundo Trimestre
-  Terceiro Trimestre

Embora tudo tenha sido programado para fazer do serviço uma assistência profilática, a realidade encontrada contrasta flagrantemente com ele.

Quando a maior concentração de consultas se deveria loca-

lizar no primeiro trimestre de gestação, os números revelam que apenas a reduzida fração de 18,94 % localizam-se nele, elevando-se para 54,21 % no segundo trimestre e 26,85 % no terceiro trimestre.

Muitos podem ser os fatores responsáveis por tal ocorrência. Poderiam ser apontados, entre eles, o complexo sistema de marcação de consultas, o excesso de procura do serviço e a obrigatoriedade da consulta médica para receber a assistência do mesmo, antes da consulta de enfermagem.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1973) quanto mais precoce o início da assistência pré-natal, maior será a ação preventiva. Diz ainda a mesma organização, que uma das funções principais da enfermeira obstetra é incentivar as mães para que busquem cuidados pré-natais o mais breve possível e sempre que necessário.

BALLESTY (1975) e MacDONALD (1974) reforçam e fazem estas mesmas recomendações da OMS especificando, até, que a mulher, logo que se reconhecer grávida busque essa primeira consulta.

Pela idade gestacional no momento da inscrição, vê-se que mais da metade, 54,21 %, são do segundo trimestre, 26,85 % são do terceiro trimestre e no primeiro trimestre são apenas 18,94% (ver gráfico 4).

Isto significa que 81,06% das gestantes que frequentam o ambulatório de pré-natal deste hospital, entram no programa de enfermagem somente após terminado o primeiro trimestre de gestação e, conforme a programação da equipe de saúde neste setor, é na consulta de enfermagem que se desenvolve a grande maioria

das ações educativas do programa de assistência pré-natal. (anexo 8. No serviço em estudo, como podemos ver no fluxograma, (anexo 11), a primeira consulta deve ser obrigatoriamente com o médico obstetra o qual, por rotina, encaminha a gestante para a consulta com a enfermeira. (anexo 5)

O fato de a gestante chegar tardiamente à primeira consulta de enfermagem (ver tabela 1) nos leva a pensar em algumas hipóteses que poderiam ser estudadas:

a) O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é um hospital escola, onde residentes e médicos estagiários se sucedem periodicamente.

b) Ausência ou deficiência de orientação e coordenação para o grupo de médicos e residentes.

c) Procura do serviço por parte das gestantes somente quando do aparecimento de complicações ou de sinais de gestação.

d) A própria estrutura organizacional dos serviços prestados no ambulatório. Anexos 9 e 10.

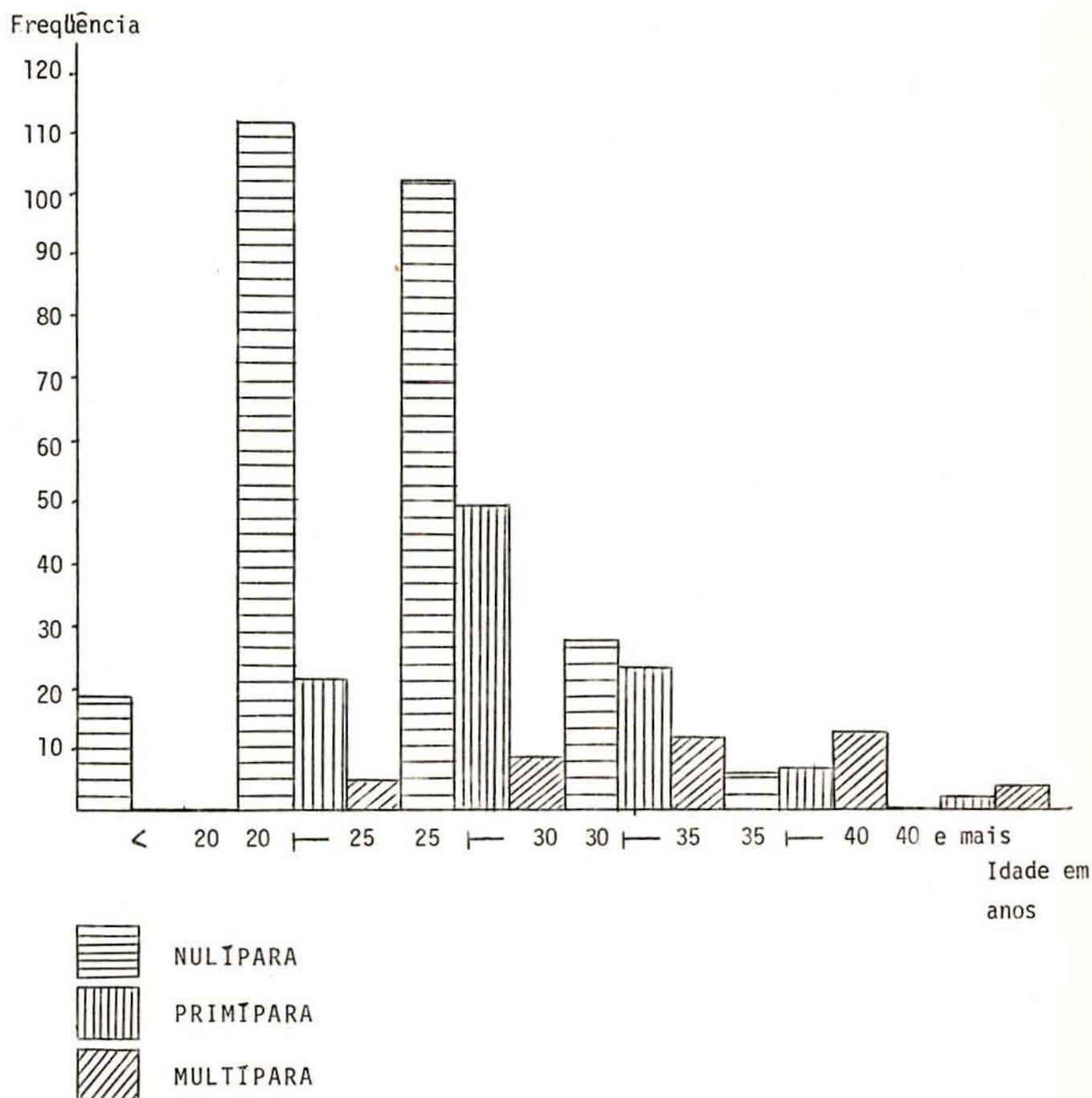
TABELA 2

Distribuição das gestantes segundo idade cronológica e paridade na primeira consulta de enfermagem no ambulatório de pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos anos de 1975 e 1976

PARIDADE	IDADE CRONOLÓGICA - ANOS													
	MENOS DE 20		20 ─ 25		25 ─ 30		30 ─ 35		35 ─ 40		40 E MAIS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NULÍPARA	19	100,00	113	80,72	103	63,20	28	43,75	6	23,08	-	-	269	64,51
PRIMÍPARA	-	-	22	15,71	50	30,67	24	37,50	7	26,92	2	33,34	105	25,18
MULTÍPARA	-	-	5	3,57	9	6,13	12	18,75	13	50,00	4	66,66	43	10,31
T O T A L	19	4,56	140	33,57	162	38,84	64	15,35	26	6,24	6	1,44	417	100,00

GRÁFICO V

Freqüência à primeira consulta de enfermagem, idade cronológica e paridade da gestante no ambulatório de pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, nos anos de 1975 e 1976.



Verifica-se que mais da metade das gestantes em estudo, ou seja 64,51%, são nulíparas.

As primíparas representam 25,18% sendo que a maior porcentagem aparece no grupo etário de 25 — 30 anos com 30,67%, enquanto que as multíparas sō representam 10,31%. Elas aparecem em todos os grupos de mais de 20 anos, concentrando-se entre os 30 e 40 anos com mais de 50%.

Face a isto parece que o fator paridade influi na procura deste serviço.

Observa-se que todas as gestantes de menos de 20 anos são nulíparas, porém, na idade de 40 e mais anos aparecem 33,34% como primíparas e 66,66% como multíparas. Isto pode ser melhor visualizado no gráfico 5.

A idade para o primeiro filho, segundo MacDONALD (1974) é dos 18 aos 25 anos. Como vemos na tabela 2, menos da metade das nulíparas em estudo, está incluída nesta faixa. Será isto consequência da tentativa de emancipação da mulher? Ocorrerá em todas as camadas sociais? Será consequência do uso de anticoncepcionais? Ou será que, hoje, as mulheres tendem a casar com mais idade do que anos passados? Ou estaríamos já nos igualando a países considerados desenvolvidos?

No quadro 1 vimos que foram registrados 43 diferentes problemas perfazendo um total de 917 situações diagnosticadas em consulta. Isto equivale em média, a 2,2 problemas por gestante, sendo que algumas delas apresentam até 6 e, apenas 0,96% das gestantes não apresentaram nenhum problema. A amplitude de problemas por gestante é de 1,72 a 3,0 problemas.

Em 417 gestantes de primeira consulta, constatou-se um total de 917 problemas. OS enumerados de 9 a 43 não sofrerão análise posteriores, considerando sua pouca representação. Dos problemas constatados pela enfermeira, alguns se relacionam com o exame físico, como alteração da rede venosa dos membros inferiores. Outros, com exames laboratoriais, tais como: lues positivo e toxoplasmose positivo. Outros, ainda, com a entrevista: gestação não desejada, desajuste sexual. Algumas são queixas referidas pela gestante que se originam de desconfortos físicos como disúria, insônia, ou emocionais como a solidão. ainda tem os de natureza sócio-econômica, como precárias condições sócio-econômicas.

A ordem de frequência dos problemas encontrados não coincide com a ordem que os autores apresentam como os mais frequentes. Náuseas e vômitos aparecem no nosso estudo em 29º lugar, quando os autores DAVID & DOYLE (1976), PARAVENTI (1975) e REZENDE (1974), referem como um dos primeiros sinais e desconfortos da gestação. Aumento excessivo de peso é o 4º mais referido em nosso estudo. Nenhum autor cita estes problemas entre os mais frequentes.

1) Alimentação inadequada

Tem-se por alimentação inadequada, na gestação, o caso da gestante que não segue a sistemática abaixo relacionada: três refeições diárias, dois ou três lanches moderados no volume com predominância na ingestão de vitaminas, proteínas e sais minerais. DUARTE (1976) e BENSON (1970), referindo-se à importância de uma alimentação adequada, dizem que a dieta durante a gestação é provavelmente o mais importante cuidado prē-natal isolado;

deficiências e excessos nutricionais tem implicações significativas em toxemia de gravidez, hemorragia pós-parto, anemias, anormalidades fetais e outras implicações.

Já em 1966 SHACKELTON, falava de muitos estudos que estavam sendo feitos sobre a relação entre alimentos e nutrição na gestação e as condições da criança ao nascer. Estes estudos indicam que as gestantes que se alimentam adequadamente sentem-se em melhor estado de saúde, têm gestação normal, com menos complicações, bem como melhor qualidade de leite e melhor desenvolvimento do filho, se comparadas com aquelas de alimentação inadequada durante a gestação.

Neste trabalho a alimentação inadequada apareceu em 79,87% das gestantes da amostra, significando que mais de 3/4 não possuem hábitos alimentares adequados. Será que esta elevada porcentagem de gestantes mal nutridas ocorre por desinformação sobre necessidades alimentares na gestação? Será pela presença de tabus que não permitam comer certos alimentos essenciais? Ou ainda pela crença que a gestante deve comer por dois e satisfazer todos os desejos gastronômicos?

2) Desconhecimento da evolução da gestação

O segundo problema mais frequente, com ocorrência em 28,05% das gestantes da amostra, é o desconhecimento da evolução da gestação. Isto significa 13,97% sobre o total de problemas.

Este problema é definido pela informação da própria gestante, no início da entrevista da primeira consulta de enfermagem, quando interrogada sobre o que sabe a respeito de gestação, parto e puerpério. Modificações orgânicas e psíquicas, necessida-

des alimentares, de lazer, atividade, repouso, higiene e outros aspectos preventivos.

DAVID & DOYLE (1976), considerando o aspecto gravidez e as mudanças que ela desencadeia no organismo, comportamento e psiquismo da mulher e na vida do casal, dizem que a orientação pré natal deve ser precoce, preferencialmente não só à gestante, mas ao casal.

3) Constipação intestinal

Aparece como o terceiro problema mais frequente, isto é, em 21,10% das gestantes. A constipação intestinal, neste serviço, é definida como a ausência de eliminações intestinais por mais de 24 horas. Esta situação provoca desconforto na gestante.

Segundo BELFORT (1974), a gravidez traz condições que favorecem a paresia intestinal, embora as causas mais frequentes da constipação intestinal sejam os hábitos higieno-dietéticos inadequados bem como a influência indiscutível do psiquismo.

DAVID & DOYLE (1976) dizem que a constipação intestinal é uma complicação frequente durante o primeiro trimestre de gestação. Nesta época diminui o peristaltismo fazendo com que haja maior absorção de água pelo aumento da permanência das fezes no intestino. Também há diminuição da atividade física da gestante. A ingestão de sulfato ferroso, tão frequentemente receitado nos consultórios médicos, também contribui para a constipação intestinal. E REZENDE (1974) diz, que o relaxamento no tonus e na motricidade ocasionam frequentemente a constipação na gestação.

4) Aumento excessivo de peso

Foi constatado o aumento excessivo de peso em 83 das 417 gestantes, apresentando-se como o quarto problema mais frequente. Isto significa que 19,90% das gestantes, no momento em que consultaram pela primeira vez a enfermeira, já apresentavam peso excessivo, considerando o mês gestacional em que se encontravam e o peso inicial, conforme referido. Baseado no "Manual de Saúde Materna", usado neste serviço, o aumento máximo de peso na gestação é de 8 a 10 kg, não podendo ultrapassar 500 gramas por semana.

BALLESTY (1975) diz que o aumento máximo de peso na gestação é de 10 kg. Já O'CONNELL (1976) afirma ser 10 a 12 kg. PITKIN et alii (1972) dizem que o aumento de peso, no primeiro trimestre, deve ser mínimo, no segundo e terceiro trimestre deve ser razoavelmente uniforme aproximando-se de 300 gramas por semana. EASTMAN & JACKSON (1968) afirmam, também, que o aumento médio deve ser de 10 a 12 kg, confirmando O'CONNELL.

REZENDE (1974) diz: "o aumento de peso ideal durante a gravidez é de 6 kg correspondendo, em média ao Feto, placenta, líquidoamniótico e útero, acrescidos de 5% da massa inicial, a contar da embebição gravídica".

5) Ausência de controle odontológico

Ausência de controle odontológico é o quinto problema mais frequente, representando 12,94% das gestantes da amostra.

Este problema é definido como a ausência total do tratamento odontológico durante a gestação.

CHENEY (1974) fez uma revisão da literatura sobre os principais distúrbios orais durante a gestação e diz que a mulher grávida necessita instruções específicas sobre elas. Cita WINTER (1966) que sugere começar-se uma educação para a saúde dentária durante a gravidez, período em que a mulher está mais disposta e mais aberta a conselhos. O autor fez uma pesquisa entre 300 gestantes, para avaliar conhecimentos, atitudes e comportamentos referentes a sua saúde dental e higiene oral, a falta de conhecimento sobre a primeira dentição e sobre a aceitação passiva da inevitável perda da primeira dentição. LOE (1965), numa pesquisa em gestantes e puérperas, constatou que 100% delas apresentavam alterações inflamatórias das gengivas iniciando já no segundo mês e com auge no oitavo, diminuindo no puerpério. LINDHE (1968) também aconselha, na gestação, higiene rigorosa dos dentes. CAMILLERI (1968) diz que não é verdadeira a expressão "cada filho um dente". Enfim, todos são unânimes quanto à importância do controle precoce da saúde dos dentes durante a gestação, principalmente através de uma perfeita higiene bucal.

6) Ansiedade

Na listagem dos problemas encontrou-se em sexto lugar a ansiedade, presente em 10,55% das gestantes da amostra.

Define-se este problema como um estado de insegurança, demonstrado pela gestante, durante a consulta, em face da gestação ou problemas que nela possam interferir. Para MALDONADO (1976) é normal um certo grau de ansiedade na gravidez, mas se a gestação gera um grau de ansiedade mais intenso, há maior probabilidade que se observem complicações obstétricas durante a

gestação, assim como também no parto e puerpério. DAVID et alii (1961) muito estudaram a ansiedade na gestação e seus efeitos. Num de seus trabalhos (1961) mostram a relação entre a ansiedade e complicações obstétricas. Verificaram que o nível de ansiedade manifesta e declina significativamente após o parto e que as mulheres que tendiam a apresentar distócias de parto eram as que tinham maior nível de ansiedade manifestado. MacDONALD et alii (1963) tentaram avaliar a relação existente entre o nível de ansiedade materna e complicações obstétricas, a duração do parto e o peso do recém nascido. Os resultados coincidiram com os autores acima citados.

7) Sedentarismo

Ocorreu em 6,95% das gestantes da amostra, classificando-se como o sétimo problema entre os oito mais frequentes.

Sedentarismo foi caracterizado como o adinamismo da gestante, seja pelo tipo de trabalho que executa ou pela ausência de atividade.

Nada se encontrou na bibliografia sobre o assunto; sabe-se, porém, que a ausência do exercício físico dificulta os processos circulatório, digestivo, intestinal e o próprio exercício respiratório.

Sem querer mencionar nenhuma literatura a respeito, não se pode esquecer o valor altamente positivo das caminhadas diárias ao ar livre, principalmente ao sol da manhã que facilita a assimilação do cálcio, exercício esse útil para qualquer um e mais ainda para uma gestante.

8) Atividade física excessiva

Atividade física excessiva é o oitavo problema encontrado entre as gestantes da amostra. Está presente em 4,48% das gestantes. Isto significa que 19 das 417 gestantes, por necessidade pessoal ou familiar, exerciam atividades acima de suas capacidades, conforme seus próprios relatos. Pelo que se vê, tanto o sétimo como o oitavo problemas refletem duas atitudes extremas: sedentarismo e atividades excessivas, ambas prejudiciais à gestação. O excesso de cuidados ou o desconhecimento de possíveis consequências por abusos, ou talvez, ainda, situações adversas e condicionantes, sejam as responsáveis por tal quadro.

Há mais de 120 anos SCHÖNWALD (1851) já discorria sobre exercícios, medicações, higiene, dieta, vestuário e vida sexual na gestação. Ele já dizia que gestação não é uma doença, mas um importantíssimo estado do desenvolvimento do corpo da mulher e, como tal, ela deveria levar uma vida normal, ou seja, trabalhos de rotina, evitar grandes esforços, caminhar ao ar livre diariamente, dieta moderada, vestuário adequado ao clima e vida sexual regular com cuidados no primeiro e terceiro trimestre, pois na falta destes cuidados acima referidos é que surgem as mais frequentes complicações da gestação.

TABELA 3

Problemas apresentados com maior frequência por 417 gestantes na primeira consulta de enfermagem no ambulatório de pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos anos de 1975 e 1976.

PROBLEMAS	Nº	%	% DE GESTANTES
1 - Alimentação inadequada	332	43,44	79,61
2 - Desconhecimento da evolução da gestação	117	15,27	28,05
3 - Constipação intestinal	88	11,49	21,10
4 - Aumento excessivo de peso	83	10,84	19,90
5 - Ausência de controle odontológico	54	7,05	12,94
6 - Ansiedade	44	5,74	10,55
7 - Sedentarismo	29	3,79	6,95
8 - Atividade física excessiva	19	2,48	4,55
T O T A L	766	100,00	-

Segundo CHAVES (1977) "quanto mais frequente é uma doença como causa de morbidade ou mortalidade, tanto maior seu significado social". Por isto, no presente estudo, limitamo-nos aos oito problemas mais frequentes, pois representam 766 frequências das 917 estudadas, correspondendo a 83,53% do total de problemas.

TABELA 4

Problemas apresentados com maior frequência, segundo idade, por 417 gestantes, na primeira consulta de enfermagem no Ambulatório de Pré-Natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, nos anos de 1975 e 1976.

PROBLEMAS	IDADE EM ANOS													
	MENOS DE 20		20 25		25 30		30 35		35 40		40 E MAIS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - Alimentação inadequada	18	94,73	111	79,28	128	79,01	48	75,00	21	80,76	6	100,00	332	79,61
2 - Desconhecimento da Evolução da gestação	11	57,89	40	28,57	35	21,60	26	40,62	4	15,38	1	16,66	117	28,05
3 - Constipação intestinal	4	21,05	25	17,85	37	22,83	12	18,75	7	26,92	3	50,00	88	21,10
4 - Aumento excessivo de peso	3	15,78	27	19,28	30	18,51	13	20,31	8	30,76	2	33,33	83	19,90
5 - Ausência de controle odontológico	5	26,31	19	13,57	17	10,49	9	14,06	1	3,84	3	50,00	54	12,94
6 - Ansiedade	1	5,26	10	7,14	18	11,11	10	15,62	3	11,53	2	33,33	44	10,55
7 - Sedentarismo	2	10,52	9	6,42	10	6,17	3	4,68	4	15,38	1	16,66	29	6,95
8 - Atividade física excessiva	-	-	-	-	14	8,64	3	4,68	2	7,69	-	-	19	4,55

Na tabela 4, onde os problemas se acham relacionados com a idade da gestante, vê-se que 69,19% (31,46% + 37,73%) das frequências ocorrem nos grupos etários de 20 — 30 anos. Parece que este fato está relacionado com o número de gestantes existentes neste grupo.

Olhando isoladamente os problemas dentro do grupo etário, vemos que a alimentação inadequada ocupa mais de 79% dos três primeiros grupos, nos demais, a menor porcentagem está na faixa dos 30 — 35 anos com 75%, subindo o seu percentual a 100% nos 40 e mais anos.

Desconhecimento da evolução da gestação ocorre em 57,89% das gestantes com menos de 20 anos, o que parece fácil de ser entendido porque, conforme a tabela 2, todas são nulíparas e, como tal, inexperientes, fato que possa explicar a pequena bagagem de conhecimentos específicos.

Constipação intestinal, conforme a amostra, ocorre em 50% das gestantes de 40 e mais anos. Sendo que a porcentagem mais baixa encontra-se no grupo de 20 — 25 anos, idade considerada ideal para a mulher gerar.

Verifica-se que o aumento excessivo de peso foi constatado em mais de 18% de todas as gestantes com ressalva das de menos de 20 anos cuja porcentagem foi apenas de 15,79%.

Sedentarismo e atividade física excessiva, juntas representam apenas 11,50% do total e estes distribuem-se com uma certa uniformidade nos diferentes grupos etários.

Gestantes com atividade física excessiva não constavam nos grupos de menos de 25 e acima de 40 anos na tabela 4.

Ausência de controle odontológico, apresenta-se com maior frequência nos grupos com menos de 20 anos (26,31%) e nos de 40 ou mais anos (50,00%).

Nos grupos com menos de 20 anos e nos de 35 ou mais a porcentagem de frequência dos problemas não corresponde à do total de gestantes. De fato, no grupo com menos de 20 anos a ausência de controle odontológico ocupa o 3º lugar enquanto que dos 30-40 anos o aumento excessivo de peso e a constipação intestinal ocupam respectivamente o 2º e o 3º lugar. Dos 40 e mais anos a constipação intestinal e a ausência de controle odontológico aparecem em 2º lugar com 50,00% e o aumento excessivo de peso com a ansiedade ocupam o 3º lugar.

A tabela abaixo mostra os problemas apresentados segundo idade gestacional calculada em trimestres.

TABELA 5

Problemas apresentados com maior frequência segundo trimestre de gestação no Ambulatório de Pré-Natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos anos de 1975 e 1976.

PROBLEMAS	TRIMESTRE DE GESTAÇÃO							
	1º		2º		3º		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - Alimentação inadequada	67	84,81	186	82,30	79	70,53	332	79,61
2 - Desconhecimento da evolução da gestação	27	34,17	58	25,66	32	28,57	117	28,05
3 - Constipação intestinal	25	31,64	46	20,35	17	15,17	88	21,10
4 - Aumento excessivo de peso	9	11,39	64	28,31	10	8,92	83	19,90
5 - Ausência de controle odontológico	9	11,39	35	15,48	10	8,92	54	12,94
6 - Ansiedade	9	11,39	26	11,50	9	8,03	44	10,55
7 - Sedentarismo	6	7,59	13	5,75	10	8,92	29	6,95
8 - Atividade física excessiva	4	5,06	11	4,86	4	3,57	19	4,55

A concentração maior dos problemas está no 2º trimestre ; explica-se o resultado se levar em consideração que mais da metade das gestantes se encontra nesse período.

A alimentação inadequada é o problema mais frequente nos três trimestres. A frequência é homogênea nos três grupos, isto é, acima de 70% e abaixo de 85%, com uma frequência média de 79,61%.

A constipação intestinal aparece mais no primeiro trimestre, com 31,64%; é menos frequente no terceiro, com 15,17%.

Conforme BELFORT (1974), a constipação intestinal é frequente no decurso da gravidez e, quando pré-existente, costuma agravar-se. Sabe-se também que um dos fatores da constipação intestinal é a compressão das fezes no reto, forçando a absorção de líquidos. Este fato parece ocorrer mais no final da gestação devido ao desenvolvimento fetal e à descida da apresentação no canal do parto. Entretanto, os maiores percentuais de constipação intestinal ocorram no 1º trimestre.

TABELA 6

Problemas apresentados, 417 gestantes segundo paridade, na primeira consulta de enfermagem no Ambulatório de Pré-Natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos anos de 1975 e 1976.

PROBLEMAS	PARIDADE							
	NULÍPARA		PRIMÍPARA		MULTÍPARA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - Alimentação inadequada	223	82,89	76	72,38	33	76,74	332	79,61
2 - Desconhecimento da evolução da gestação	88	32,61	23	21,90	6	13,95	117	28,05
3 - Constipação intestinal	61	22,67	17	16,19	10	23,25	88	21,10
4 - Aumento excessivo de peso	53	19,70	21	20,00	9	20,93	83	19,90
5 - Ausência de controle odontológico	37	13,75	11	10,47	6	13,95	54	12,94
6 - Ansiedade	23	8,55	15	14,28	6	13,95	44	10,55
7 - Sedentarismo	16	5,94	7	6,66	6	13,95	29	6,95
8 - Atividade física excessiva	14	5,20	5	4,76	-	-	19	4,55

A tabela 6 apresenta os 8 problemas mais frequentes, distribuídos segundo a paridade das gestantes.

Nos três grupos, nulípara, primípara e multípara a frequência de alimentação inadequada está com mais de 72% sobre o total da ocorrência dos 8 problemas em estudo.

O segundo problema mais frequente entre as nulíparas é o desconhecimento da evolução da gestação, com 32,61% das fre-

quências. Nas primíparas ele representa 21,90% dos problemas e nas multíparas apenas 13,95%.

Nota-se a influência positiva da paridade sobre o conhecimento da evolução da gestação, conforme era de se esperar.

A constipação intestinal ocupa o 2º lugar entre as multíparas, com 23,25% do total das gestantes.

Sedentarismo predomina nas multíparas com 13,95% enquanto que atividade física excessiva ocorre em proporções bem inferiores nas nulíparas e primíparas.

Observa-se que alimentação inadequada é o problema mais frequente independentemente da paridade.

TABELA 7

Simultaneidade de problemas apresentados por 417 gestantes segundo idade gestacional na primeira consulta de enfermagem no Ambulatório de Prê-Natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, nos anos de 1975 e 1976.

SIMULTANEIDADE DE PROBLEMAS	IDADE GESTACIONAL							
	1º TRIMESTRE		2º TRIMESTRE		3º TRIMESTRE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - Alimentação inadequada 4 - Aumento excessivo de peso	15	18,98	27	11,94	15	13,39	57	13,66
1 - Alimentação inadequada 2 - Desconhecimento da evolução da gestação	6	7,59	29	12,83	20	17,85	55	13,18
1 - Alimentação inadequada 3 - Constipação intestinal	11	13,92	25	11,06	4	3,57	40	9,59
1 - Alimentação inadequada 4 - Aumento excessivo de peso 3 - Constipação intestinal	6	7,59	11	4,86	5	4,46	22	5,27
1 - Alimentação inadequada 4 - Aumento excessivo de peso 5 - Ausência de controle odontológico	5	6,32	10	4,42	3	2,67	18	4,31
1 - Alimentação inadequada 5 - Ausência de peso excessivo	2	2,53	11	4,86	3	2,67	16	3,83
1 - Alimentação inadequada 3 - Constipação intestinal 2 - Desconhecimento da evolução da gestação	1	1,26	6	2,65	6	5,35	13	3,11

A tabela 7 mostra a simultaneidade de problemas apresentados com maior frequência entre as 417 gestantes da amostra.

Vemos que das 766 vezes que os oito problemas se repetem, 28,84% aparecem em simultaneidade sendo que as mais frequentes se apresentam de sete diferentes maneiras conforme demonstra a tabela em estudo.

Esta simultaneidades surgiram em torno dos cinco problemas mais frequentes (ver quadro 1).

Analisando-se com mais detalhes a tabela em estudo, observa-se que em todos os agrupamentos, parece existir alguma relação entre os problemas. Parece uma associação em cadeia, uma bola de neve onde o início pode ser *Alimentação Inadequada*, mais provavelmente o *Desconhecimento da Evolução da Gestação*, tendo como resultado muitos dos outros problemas e concomitâncias, se não todos. Vejamos:

Alimentação Inadequada e

Aumento Excessivo de Peso

É fácil admitir esta concomitância se lembrarmos que a pesquisa foi feita num serviço no qual as gestantes que o frequentavam pareciam vir de famílias mais abastadas. Leva-nos a pensar que a *Alimentação Inadequada* não significa desnutrição e sim ausência de um regime alimentar adequado a gestação.

Segunda concomitância:

Alimentação Inadequada e

Desconhecimento da Evolução da Gestação

Durante o período gestatório ocorrem normalmente muitas modificações no organismo da mulher, principalmente no trato

gastro-intestinal. Se ela não estiver orientada, pode achar necessário satisfazer tudo quanto "a sabedoria popular" coloca nos "desejos da mulher gestante". Possivelmente seja o *Desconhecimento da Evolução da Gestação* a causa da *Alimentação Inadequada* pois a gestante devidamente orientada sabe conscientemente quais, e como satisfazer as suas necessidades alimentares.

Terceira concomitância:

Alimentação Inadequada,

Aumento Excessivo de Peso e

Ausência de Controle Odontológico.

Serã que problemas odontológicos modificam o sistema alimentar das gestantes? Ou serã que esta *Alimentação Inadequada*, necessariamente significa alimentação deficiente, ou superalimentação? Seja como for, o problema alimentar estã presente em todos os grupos de simultaneidades.

Para maior detalhamento dessas concomitâncias reportamos o leitor para a tabela 3, onde os problemas são individualmente descritos.

TABELA 8

Simultaneidade de problemas apresentados por 417 gestantes segundo idade cronológica na primeira consulta de enfermagem no Ambulatório de Pré-Natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, nos anos de 1975 e 1976.

SIMULTANEIDADES DE PROBLEMAS	IDADE EM ANOS													
	MENOS DE 20		20 — 25		25 — 30		30 — 35		35 — 40		40 E MAIS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - Alimentação inadequada 4 - Aumento excessivo de peso	5	26,31	23	16,42	18	11,11	9	14,06	2	7,69	-	-	57	13,66
1 - Alimentação inadequada 2 - Desconhecimento da evolução da gestação	2	10,52	17	12,14	19	11,72	10	15,62	6	23,07	1	16,66	55	13,18
1 - Alimentação inadequada 3 - Constipação intestinal	2	10,52	10	7,14	22	13,58	3	4,68	1	3,84	2	33,33	40	9,59
1 - Alimentação inadequada 4 - Aumento excessivo de peso 3 - Constipação intestinal	1	5,26	5	3,57	6	3,70	8	12,05	2	7,69	-	-	22	5,27
1 - Alimentação inadequada 4 - Aumento excessivo de peso 5 - Ausência de controle odontológico	4	21,05	7	5,00	2	1,23	4	6,25	-	-	1	16,66	18	4,31
1 - Alimentação inadequada 5 - Ausência de controle odontológico	1	5,26	5	3,57	7	4,32	3	4,68	-	-	-	-	16	3,83
1 - Alimentação inadequada 3 - Constipação intestinal 2 - Desconhecimento da evolução da gestação	1	5,26	4	2,85	5	3,08	-	-	2	7,69	1	16,66	13	3,11

Na tabela 8 a concomitância entre *Alimentação Inadequada* e *Aumento Excessivo de Peso* predomina entre as gestantes de menos de 20 anos.

Não é de estranhar que em gestantes de 30 — 35 anos seja a maior concomitância de problemas *Alimentação Inadequada* e *Desconhecimento da Evolução da Gestação* se observar que nesta faixa etária ainda predominaram as nulíparas. (tabela 2)

No grupo de 35 — 40 anos, a simultaneidade: *Alimentação Inadequada* e *Desconhecimento da Evolução da Gestação* aparece em 23,07% das gestantes, fato que chama bastante atenção por que não predomina nelas o grupo de nulíparas. Entre elas as múltíparas representam 50,00% (tabela 2). Daí já não podemos considerar a nuliparidade como causa do *Desconhecimento da Evolução da Gestação* ou mesmo da *Alimentação Inadequada*.

TABELA 9

Simultaneidade de problemas apresentados segundo paridade, por 417 gestantes na primeira consulta de enfermagem no Ambulatório de Pré-Natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, nos anos de 1975 e 1976.

SIMULTANEIDADE DE PROBLEMAS	PARIDADE							
	NULÍPARA		PRIMÍPARA		MULTÍPARA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - Alimentação inadequada 4 - Aumento excessivo de peso	43	15,98	11	10,47	3	6,97	57	13,66
1 - Alimentação inadequada 2 - Desconhecimento da evolução da gestação	36	13,38	14	13,33	5	11,62	55	13,18
1 - Alimentação inadequada 3 - Constipação intestinal	30	11,15	6	5,71	4	9,30	40	9,59
1 - Alimentação inadequada 4 - Aumento excessivo de peso 3 - Constipação intestinal	15	5,57	5	4,76	2	4,65	22	5,27
1 - Alimentação inadequada 4 - Aumento excessivo de peso 5 - Ausência de controle odontológico	15	5,57	2	1,90	1	2,32	18	4,31
1 - Alimentação inadequada 5 - Ausência de controle odontológico	9	3,34	5	4,76	2	4,65	16	3,83
1 - Alimentação inadequada 3 - Constipação intestinal 2 - Desconhecimento da evolução da gestação	8	2,97	2	1,90	3	6,97	13	3,11

A tabela 9 mostra a mesma simultaneidade de problemas da tabela 8, porém cruzada desta vez com a paridade da gestante.

Como era de se esperar, a maior concomitância de problemas concentrou-se nas nulíparas. Elas representam mais de 64,00% do total da amostra estudada (ver tabela 2). Isto nos leva a pensar na falta de orientação destas gestantes inexperientes. Esta nuliparidade ainda encontra reforço quando se continua a análise dos dados, pois, verifica-se que a maior frequência segue a ordem de paridade, ou seja, na ordem de nulíparas, primíparas e multíparas, tanto no agrupamento 1 e 4, como 1 e 2 ou 1,4 e 3, da tabela acima referida.

7 - CONCLUSÕES

Fundamentada na pesquisa realizada em 417 gestantes a nível de primeira consulta de enfermagem do serviço de Prê-Natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, é lícito afirmar:

- que os problemas mais frequentes registrados são em decorrência de:
 - a. Alimentação inadequada com - 79,61%
 - b. Desconhecimento da evolução da gestação com - 28,05%
 - c. Constipação intestinal com - 21,10%
- que a simultaneidade dos problemas ocorrem com mais frequência:
 - a. Com alimentação inadequada - 100,00%
 - b. Com aumento excessivo de peso - 42,86%
 - c. Com ausência de controle odontológico - 42,86%
 - d. Com constipação intestinal - 28,57%
 - e. Com desconhecimento da evolução da gestação - 28,57%
- que a simultaneidade das variáveis examinadas se distribuem com os seguintes percentuais:
 - a. Paridade: Nulíparas - 64,50%
 - b. Idade da gestante: 20 - 30 anos - 72,42%
 - c. Trimestre de gestação: 2º semestre - 54,19%

Alcança-se, desta maneira, os objetivos estabelecidos pa-

ra o presente trabalho, podendo os resultados obtidos servir de subsídios para a reprogramação dos conteúdos ou técnicas educativas da consulta de enfermagem no ambulatório de pré-natal, e, pelas simultaneidades constatadas, encontrar a relação de dependência entre os problemas.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BALLESTY, B. Antenatal preparation. Nursing Mirror, 14(1): 52-4, 3 july, 1975.
- 2 - BELFORT, Paulo. Assistência pré-natal. in: REZENDE, Jorge de. Obstetrícia, 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974, p. 222-34.
- 3 - BENSON, Ralph C. Manual de Obstetrícia & Ginecologia. 1. ed. brasileira. RS. Guanabara Koogan. 1970. p.1-520
- 4 - CASTRO, J.B.C. Aspectos críticos do desempenho de funções próprias de enfermeiras na assistência ao paciente não hospitalizado. Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Ana Nery UFRJ. 1977, p.93 (Dissertação de Mestrado).
- 5 - CHAVES, Mário M. Odontologia Social. Petrópolis - RJ. Vozes 1977 p. 447.
- 6 - CHENEY, Gordon H. & CHENEY, Victória C. The Dental Hygienist as a Health Education in Prenatal Care. Dental Hygiene the journal of the American dental Higienists Association. Virgínia. 48(3). May-June 1974.
- 7 - CIETTO, Luiz. Pesquisa e desenvolvimento da enfermagem; considerações sobre sua importância na área materno-infantil. Enfermagem em novas dimensões, 2(2):93-7, maio-jun 1976.
- 8 - DAVID, Mirian Sang & DUYLE, Clarice Woody. First Trimester Pregnancy. American Journal of Nursing. 76(12):1945-8 , dec. 1976.
- 9 - DUARTE, Nilcêa Maria Neri & MUXFELDT, Lêa Cecília Frank. I-Saúde Materna. Manual para execução de atividades de enfermagem do programa de saúde materno-infantil. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1976, p.45 (Edições - HCPA-11).
- 10 - EASTMAN, N.J., and JACKSON, E. Weight relationships in pregnancy; Part 1. The bearing of maternal weight gain and pre-pregnancy weight on birth weight in full term pregnancy. Obstet. Gynecol. Survey. 23:1003-1025, Nov. 1968.

- 11 - FONSECA, Rosa Maria Godoy da. Consulta da Enfermagem em Saúde Materna. Enfermagem em Novas Dimensões, 3(2):92, mar/abr. 1977.
- 12 - FREDDI, W.E.S. Influência dos exercícios respiratórios no trabalho de parto. São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, 1972. (Tese de Livre Docência).
- 13 - _____. A enfermeira obstétrica no contexto brasileiro. Enfermagem em Novas Dimensões, 3(5):283-288, 1977.
- 14 - HORTA, Wanda de Aguiar. Da necessidade de se Conceituar Enfermagem. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 1(1):5-7, mar/abr. 1975.
- 15 - MacDONALD, R.R. Early antenatal care. Nursing Mirror, 139 (7):56-8, 16 Aug. 1974.
- 16 - MALDONADO, Maria Tereza Pereira. Psicologia da Gravidez. Petrópolis, RJ. Vozes, 1976, p.200.
- 17 - MOURA, Aparecida Ferreira et al. Orientação de Enfermagem às gestantes do pré-natal da Clínica Obstétrica da UFMG. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 2 (1):38-49, 1976.
- 18 - MUXFELDT, Lêa Cecília Franck. Contribuições para o Planejamento do serviço de enfermagem em saúde pública no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Análise da Atenção de enfermagem de saúde pública. 1978 (Dissertação de Mestrado).
- 19 - ORGANIZAÇÃO Mundial de la Salud. Características de la Mortalidad en la niñez. Washington, OPS-OMS. 1973. 489p. (Publicação científica nº262).
- 20 - ORGANIZACION Panamericana de la Salud. Plan Decenal de Salud para las Américas. Washington, 1972 (REMSA 3/30, 1972).
- 21 - PARAVENTI, A. Henrique & DELASCIO, Domingos. Assistência Pré-natal. Ars Curandi, 8(6):3-35, ago. 1975.
- 22 - PITKIN, R.M., et al. Maternal Nutrition; a Selective review of clinical topics. Obstet. Gynecol. 40:773-785. Dec. 1972.
- 23 - PUFFER, Ruth Rice & SERRANO, Carlos U. Aspectos más destacados y recomendaciones. In: -Características de la Mortalidad en la niñez. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1973. cap.18 p.364-72.

- 24 - REZENDE, Jorge. Obstetrícia. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1974.
- 25 - RIO Grande do Sul, Secretaria da Saúde, Sub-área programática: materno-infantil e nutrição. In: Análise Institucional e programação de atividades, 1972-74: Porto Alegre, 1972. p.100-8.
- 26 - SHACKELTON, Alberta. Dent. Practical Nurse Nutrition Education. 2.ed. Philadelphia. Saunders, 1966.

9 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 - ABDALLAH, F.G. et al. Patient centered approaches to nursing. 3. ed. New York, Macmillan, 1961.
- 2 - BEAZLEY, J.M. Pregnancy a time for evaluation. Nursing Mirror, 141(24):60-1, dez. 1975.
- 3 - BRASIL. Secretaria Nacional da Saúde. Coordenação de Proteção Materno-infantil. Programa de Saúde Materno - infantil. s.l., s.ed., 1975, p.99.
- 4 - CAPLAN, Gerald. Princípios de Psiquiatria Preventiva. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1966, p.43-103.
- 5 - CASTRO, Luiz Tharsy D. Assistência pré-natal em saúde pública. Revista da Faculdade de Medicina da UFSM. 1(2): 193-202, jun/set., 1969.
- 6 - CIARI, Jr. Cyro et al. Avaliação quantitativa de serviços de pré-natal. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 6 (11): 361-70, dez. 1972.
- 7 - DAMI, N.P. A enfermagem de Saúde Pública na assistência progressiva do paciente, Revista Enfermagem em novas dimensões. 2(1):17-23 mar/abr. 1976.
- 8 - DICIONÁRIO Terminológico de Ciências Médicas; Salvat, 11 ed., 1976, p.648-814.
- 9 - DUARTE, Nilcêa Maria Neri & NUXFELDT, Lêa Cecília. O papel da enfermeira na assistência à gestante sadia. Revista de Medicina do Hospital Ernesto Dorneles. Porto Alegre, 5(1-2): 15-21. mar/jun. 1976.
- 10 - GRUPO de Trabajo sobre el papel de enfermería obstétrica en la atención materno infantil. Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana. 79(4):359-60, oct. 1975.
- 11 - HAMILTON, P. M. Efectos del embarazo en la mujer. in:-. Assistência Materno infantil de enfermeira. México, Interamericana. 1970, p.53-69.

- 12 - HELLMAN, Louiz M. & PRITCHARD, Jack A. Cuidados pré-natales. in: Willians Obstetřicia. Barcelona, Salvat ed.
- 13 - HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de Enfermagem = Fundamentação e Aplicação. Revista Enfermagem em novas dimensões. São Paulo 1(1):10-16, mar/abr. 1975.
- 14 - _____ . Estudo básico da determinação de dependência de Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem: 25(11):267-73, jul/set. 1972.
- 15 - LETTERS, Whatever happened to prepared chil-birth? Roeders respond. Jogn Nursing. 4(3):57-61. May/jun. 1975.
- 16 - NORMAS e rotina ao ambulatório. Porto Alegre, HCPA, 1976, p. 30 (Edições HCPA - 10).
- 17 - OAKES, Gary K. et Diet in pregnancy. American Journal of Nursing. 75(7):1134-6 jul. 1975.
- 18 - ORGANIZAÇÃO das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos, Art. 24, 1948.
- 19 - PAIM, L. Plano assistencial e prescrição de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 3(29):66-82, jul/ago. 1976.
- 20 - PELĂ, Nilza Tereza Rotter. Contribuições ao estudo da assistência pré-natal em um município paulista. Sao Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto, 1972 (Tese de Dotoramento). p.93.
- 21 - RIO de Janeiro, Secretaria de Estado de Saũde. Normas e instruções para funcionamento de Unidades sanitárias. Niteroi, Imprensa Oficial, nov. 1976.
- 22 - TINOCO, Aldo da Fonseca. Uma iniciação ã administração de Sistemas de Saũde. São Paulo, Universidade de Sao Paulo, Faculdade de Saũde Pública. 1976.

10 - ANEXOS

ANEXO 3

FOLHA DO LIVRO DE REGISTRO DE CONSULTAS

REGISTRO	NOME DA PACIENTE	TIPO DE CONSULTA	DATA	PROFISSIONAL

ANEXO 4

ROTEIRO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM À GESTANTE SADIÀ

A - ANÁLISE DO PRONTUÁRIO

Faz-se a leitura dos dados registrados anteriormente (identificação, anamnese, problemas anteriores e evolução). Avaliação dos resultados dos exames laboratoriais realizados.

B - ENTREVISTA

1. Paras as primeiras consultas:

1.1. Percepções e expectativas relacionadas à gestação:

- a) O que a gestação significa para a senhora?
- b) Foi gestação planejada?
- c) O que sabe sobre a gestação, parto, puerpério e recém-nascido?

1.2. Hábitos da gestante quanto ao sono, repouso, atividades físicas, atividade profissional, recreação, atividade na Comunidade, uso de fumo e álcool, eliminações, higiene pessoal e de alimentação:

- a) Quantas horas dorme à noite? Repousa durante o dia? Em que horário?
- b) Trabalha fora? Que tipo de trabalho?
- c) Quais as atividades domésticas que executa?

- d) Que faz para se distrair? Pratica esportes? Que tipo?
- e) Tem alguma atividade na comunidade?
- f) Fuma? Quantos cigarros por dia?
- g) Faz uso de bebidas alcoólicas?
- h) Tem hábito de tomar medicamentos sem prescrição médica?
- i) Como funciona seu intestino?
- j) Apresenta algum problema ao urinar (dor, ardência, diminuição marcante do volume urinário, alteração na cor da urina) ?
- l) Qual o tipo de banho que utiliza?
- m) Costuma fazer tratamento dentário?
- n) Quantas refeições faz por dia?
 - . Quais os alimentos que ingere no desjejum? qual a quantidade?
 - . Faz lanche durante a manhã? Qual o tipo e quantidade dos alimentos?
 - . O que costuma comer no almoço? Qual a quantidade?
 - . Faz lanche à tarde? Qual o tipo e quantidade de alimentos?
 - . O que costuma comer no jantar? Qual a quantidade?
 - . Qual a quantidade e tipo de líquidos que ingere durante o dia? Em que horário?
 - . Quais os alimentos que pode obter facilmente?

NOTA: O ítem " pode ser abordado após o exame físico, uma vez que, ao formular as perguntas, já é fornecido o cardápio.

1.3. Aspectos relacionados à sexualidade:

- a) Como se relaciona com o cônjuge?
- b) Apresenta satisfação na relação sexual?

1.4. Aspectos relacionados à gestação:

- a) Apresenta contrações uterinas? Qual a frequência?
- b) Apresenta perda de líquido (amniótico) ou sangue vaginal?
- c) Apresenta dores abdominais? Qual a intensidade? Qual a frequência?
- d) Apresenta edema? Onde? Quando ocorre?
- e) Apresenta outras queixas?

1.5. Condições sócio-econômicas e culturais:

1.5.1. Relacionadas à família:

- a) Qual a escolaridade? E do cônjuge?
- b) Qual a renda familiar mensal?
- c) De quantas pessoas é formada a família?
Quantas moram na mesma casa atualmente?
Tem algum doente na família?

1.5.2. Relacionadas à habilitação:

- a) Mora em casa própria? Que tipo? Possui quintal? Qual o número de dependências?
- b) Possui água encanada e esgoto?
- c) Possui instalação sanitária?

d) Possui luz elétrica?

e) Tem animais domésticos? São vacinados?

f) Existe insetos?

ANEXO 5

ROTEIRO PARA O EXAME FÍSICO

1. Exame físico geral

1.1. Controle ponderal:

Periodicidade: realizado em todas as consultas

Observação dos parâmetros normais:

- . aumento total na gestação - em torno 8 a 10 kg , tendo como base dados estaturais, peso (anterior) idade e atividade da gestante;
- . aumento semanal: considera-se como limite máximo de aumento, 500 g por semana.

1.2. Controle da pressão arterial:

Periodicidade: realizada em todas as consultas

Observação dos parâmetros normais:

- . considera-se como limite de normalidade até 140/90 mmHg ou que a elevação na pressão arterial anterior não ultrapasse 30mmHg para a sistólica e 15 mmHg para a distólica.

1.3. Avaliação do estado nutricional

Periodicidade: realizado na primeira consulta

Observação de aspectos normais:

- . mucosa oral e palpebral: íntegra, corada, umidi-

ficada;

- . pele: íntegra, umidificada, podendo apresentar hiperemia e estrias;
- . fâneros: unhas - podem se apresentar quebradiças pelos - tendem a hipertricose;
- . dentes: presentes e íntegros.

1.4. Avaliação de:

- . edema: quanto a localização e intensidade
- . Presença de varizes nos MIS
- . Presença de varizes vulvares
- . Presença de hemorróides.

2. Exame obstétrico - para gestantes

2.1. Periodicidade:

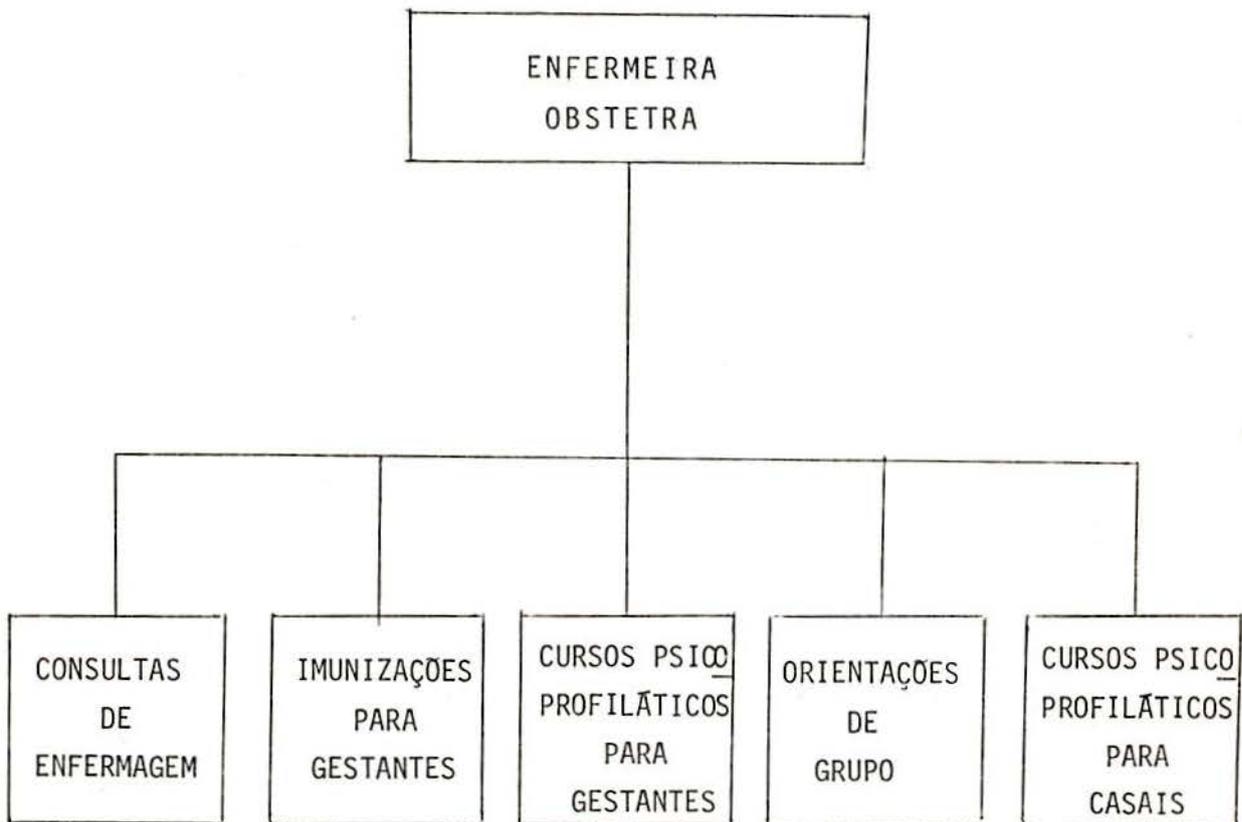
Realizado mensal até o 7º mês, quinzenal do 7º ap 8º e semanal até o término das gestações.

2.2. Procedimentos

- . Medida da circunferência abdominal e altura uterina
- . Execução de manobras de palpação de Leopold Zweifel
- . Ausculta dos batimentos cardíacos fetais
- . Toque vaginal em todas as consultas normalizadas (2º esquema) e sempre que houver indicação obstétrica.
- . Inspeção dos genitais externos.

ANEXO 6

AÇÕES DA ENFERMEIRA OBSTETRA DESENVOLVIDAS NO AMBULATÓRIO DE
PRÉ-NATAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE NO ANOS DE
1975 E 1976.



ANEXO 7

REGISTRO ORIENTADO PARA O PROBLEMA, SEGUNDO O SISTEMA DE
WEED

1 - Considerações Iniciais

- Os profissionais médicos, enfermeiros e estudantes estão confrontados com uma contradição aparente: cada um é solicitado como "enfermeira global" ou "médico global", a aceitar as obrigações de encarar muitos problemas simultaneamente e, ainda assim, dar a todos a atenção fundamental para desenvolver e mobilizar seu entusiasmo e sua habilidade, porque essas duas virtudes não surgem, exceto, onde uma concentração organizada seja possível sobre um sujeito em particular.

É esta multiplicidade de problemas com os quais os profissionais devem lidar em seu trabalho cotidiano que constitui a principal característica de sua atividade.

A instrução dos profissionais deveria estar baseada em um sistema que os auxiliasse a definir e seguir os problemas do paciente um por um, e, então, sistematicamente, relacioná-los e resolvê-los.

O critério básico para avaliar o trabalho do profissional é quão bem ele pode identificar os problemas dos pacien-

tes e organizá-los para chegar a sua solução.

Evitando exposições irrelevantes do fato, no registro orientado para problemas, o profissional deve continuamente enfatizar a enumeração, avaliação, integração e auditoria dos problemas dos pacientes.

O sistema, portanto, promove a objetividade, aguça as habilidades e permite a auto-avaliação progressiva.

O registro orientado para problemas é extraordinariamente adequado como um veículo para ensinar abordagens e habilidades essenciais, deixando às bibliotecas e computadores a tarefa de fornecerem a crua e rápida recuperação da informação.

2 - Elementos básicos do registro

Para organizar o registro do paciente de forma lógica e eficiente, quatro são os elementos básicos deste registro que devem ser reconhecidos:

a - Os Dados Básicos

Comumente presentes na nota de admissão, podem incluir alguns ou todos entre os seguintes dados: queixa principal, perfil do paciente e dados sociais relacionados, doença atual, história pregressa e revisão de sistemas, exame físico e laudos do laboratório.

b - Lista de Problemas

Na admissão do paciente do hospital, uma lista nume-

rada dos problemas é elaborada, contendo todos os problemas identificados através da história do paciente, pregressa e presente, novos problemas deverão ser acrescentados conforme forem identificados.

c - Plano Inicial

O passo seguinte é a preparação de uma lista de planos - ordens terapêuticas, para cada problema, composta por um número relacionado com a lista de problemas original.

d - Notas de Progresso

- Notas Narrativas - Cada nota de progresso é relacionada diretamente com a lista de problemas e deve ser numerada e rotulada de acordo. Notas operatórias, as notas das enfermeiras e do pessoal paramédico devem ser incluídas.
- Diagramas - Os diagramas, contendo todos os parâmetros móveis devem ser mantidos sobre todos os problemas, nos quais as relações tempo e dados são complexos. Os diagramas e as notas narrativas constituem a fase de observação do processo e, como tal, são o centro dinâmico do registro médico.
- Sumário de Alta - Nenhum paciente deveria receber alta até que tenha sido registrada uma nota retrospectiva sobre cada problema e numerado na lista do paciente.

Estes elementos podem esquematicamente ser representados, como segue:

- | | |
|---|--|
| <p>1. Estabelecimento de Dados Básicos</p> <p>História</p> <p>Exame físico</p> <p>Exames Laboratoriais de admissão.</p> | <p>2. Formulação de todos problemas.</p> <p>Lista de problemas.</p> |
| <p>3. Planos para cada problema.</p> <p>Coleta de dados adicionais</p> <p>Tratamento</p> <p>Educação do Paciente.</p> | <p>4. Observação de cada problema.</p> <p>Notas de progresso: Rotuladas e numeradas.</p> |

3 - Os dados básicos

Os dados básico definem-se como:

- a - Queixa principal;
- b - Perfil do paciente - (uma descrição de como ele passa seu dia em média) e dados sociais relacionados;
- c - Doença ou doenças atuais;
- d - História progressa e revisão dos sistemas baseada em uma série de perguntas explícitas e logicamente preparadas em um padrão, de subdivisões;
- e - Exame físico de conteúdo definido e exames laboratoriais rotineiros.

A coleta inicial de dados deve ser tão completa quanto possível. As únicas limitações deveriam ser: desconforto, riscos e despesas para o paciente.

Uma vez que os dados básicos desejados tenham sido definidos, não deveriam ser permitidas modificações individuais nele, mesmo como racionalização procedentes de limitações de tempo ou de outras circunstâncias profissionais.

A uniformidade nos dados básicos está entre os fatores importantes, tendendo a permitir comparação acurada e a generalização; e é essencial para o bem estar do paciente, como um todo.

4 - Lista de problemas

A lista de problemas é uma lista de conteúdos e um índice combinado. O cuidado com o qual ela é construída determina a qualidade de todo o registro.

Conceito de Problema: A formulação de um problema pode enquadrar-se em qualquer dos seguintes níveis:

- 1) Um diagnóstico;
- 2) Perturbações fisiológicas;
- 3) Achados morfológicos;
- 4) Sintoma, sinal ou anormalidade laboratorial.

Ações que devem ser observados para elaborar a lista de problemas:

- Cada problema deve ser listado e numerado de acordo com a seqüência em que é identificado;

- Todo problema é registrado na folha de lista de problemas, colocada na 1.^a página do prontuário;

- A lista de problemas deveria incluir não somente problemas ativos, mas também inativos ou resolvidos. Esta última categoria inclui qualquer dificuldade significativa prévia que pode reincidir ou pode levar a uma complicação. Por exemplo: remoção de uma mama, cirurgia de vesícula biliar ou colicistite, deveria sempre aparecer na lista. Uma fratura de braço que ocorreu quando o paciente adulto era uma criança, pode ser omitida, se a cicatrização foi completa e nenhum problema significativo pode ser racionalmente atribuída a ela;

- Todo o problema listado deve ter dados que o fundamentem na folha de evolução;

- Embora o tempo do profissional seja limitado, ele não deveria abandonar a idéia de uma lista completa de problemas. Em vez disso, deveria intitular a lista abreviada que é capaz de formular com "Problemas ainda não completamente delineados" e especificar um ou dois problemas que ele realmente reconhece e sobre os quais se propõe a agir.

- Devem ser relacionados todos os problemas do paciente, passado e presente, sociais, psiquiátricos e demográficos. Exemplo de problemas demográficos: agravos à saúde por acidentes, fumo, dieta, poluição, conflito social, stress, heredita-

riedade, obesidade ou o simples fato de ser mulher e ter quarenta anos.

- Se o problema é social, ele deveria ser definido não menos honesta e precisamente. Ex. gravidez ilegítima, falência ou delinqüência na escola.

- Se um dado diagnóstico tem diversas manifestações principais e cada uma necessita tratamento individual, as notas de progresso podem ser separadas.

- Quando diversos problemas resultam em manifestações separadas de um único problema então, estas podem ser agrupadas juntas e designadas pelo diagnóstico, usando o número e posição do primeiro dos dois problemas, datando na coluna "Data de mudança de título". O número não usado então torna-se inativo para todas as admissões e consultas subseqüentes.

- Pode-se escolher em manter achados separados para propósito de boa conduta e para notas de progresso satisfatórias, nesse caso deve ser claramente relatada na lista de problemas que cada achado é secundário ao problema principal.

A precisão de titular as conclusões e notas orientadas para o problema, está diretamente relacionada com a precisão e integridade com que os problemas são inicialmente definidos.

A medida em que o problema é esclarecido, alterado ou diagnosticado, a lista original deveria ser modificada de acordo. Esta modificação não é realizada por rasura, mas simplesmente pela inserção de uma seta, seguida pelo novo diag-

nóstico ou pela palavra "pendente" ou "resolvido".

- Cada mudança na lista de problema deve ser datada.

- Deverã ser previsto o prazo de 24 horas para reformular a lista de problema inicial, quando necessãrio.

- Quando, no curso de uma doenças, surgem episódios, pode haver hesitação em definir imediatamente os prblemas significativos em uma lista de problemas principais. Nesta situação, a nota de progresso pode ser intitulada "problema temporãrio" e o achado ou sintoma apropriado, seguir o título

- Quando for escrita nova nota de progresso, deverã ser determinado se o problema temporãrio deve ser transferido para a lista de problemas ou deixado como um episódio passageira

- Nã se deve escrever na lista de Problemas, expressões tais como: "a excluir" ou "provavelmente". Tais observações devem ser relatadas no ítem "Interpretação e Plano".

- O profissional que organiza a lista numerada de todos os problemas do paciente (presentes e passados, ativos e inativos incluindo também problemas sociais e psiquiãtricos), no caso de haver mais de nove (9) problemas, usa o verso da folha atē o o nũmero vinte (20) e, a partir deste nũmero, usarã outra folha (continuação) antepondo o nũmero correspondente ao jã impresso (Manual para Organização de Prontuãrios, HCPA, p.8, 1973).

- Sempre que o problema reincidir poderã ser reaberto novamente. Nessa situação ē colocada a nova data de abertura no

espaço correspondentes ao problema.

- Deve ser proporcionado a cada paciente uma lista total de problemas, não importando a hierarquia do conhecimento, da qual os dados se originaram. Com isto, a ação terapêutica refletirá uma perspectiva adequada sobre as necessidades totais do paciente.

5 - Plano inicial

Cada problema tem seu próprio plano, composto por um número relacionado com a lista de problemas original.

O plano inicial compõem-se de três elementos:

- a - Investigação diagnosticada - É quando se interrogam possíveis diagnósticos. A cada suspeita de diagnóstico deverão corresponder as medidas de investigação indicadas, para confirmar ou afastar a suspeita diagnóstica;
- b - Tratamento;
- c - Educação do Paciente - Deverá incluir todos os fatos relacionados com o problema identificado, que envolvem ação educativa.

6 - Notas de progresso

São descritas na folha de evolução do prontuário e, ao contrário do que ocorre no prontuário tradicional, não se es-

creve desorganizadamente sobre os vários problemas do paciente

a) Notas Narrativas

Cada problema, titulado e datado, deve ser registrado na seguinte seqüência: Subjetivo, objetivo, avaliação, plano (SOAP).

- Os dados subjetivos

Dizem respeito a informações fornecidas pelo paciente.

Weed estipulou que os dados subjetivos fossem registrados primeiro porque há uma tendência por parte dos profissionais em concentrar-se nos dados radiológicos e laboratoriais e deixar passar a descrição dos sintomas do paciente.

O fato de ter que separar dados subjetivos e objetivos também auxilia o profissional a identificar e portanto usar mais terapêuticamente as suas próprias respostas emocionais quando zangados, frustrados ou satisfeitos em um encontro com o paciente. "O que o paciente realmente disse" é subjetivo, "o que eu pensei que ele quis dizer" é avaliação.

- Os dados objetivos

Referem-se a dados do exame físico, resultados de testes laboratoriais, exames complementares.

- Avaliação

Reflete a condição do paciente antes e depois de ser dado

o tratamento imediato e que se refletira em mudanças eventuais do plano.

- Plano

Mostra qual o tratamento, ensino ou que observação são projetados para o futuro muito próximo.

b) Diagramas

Cada serviço poderá propor os diagramas, segundo normas e rotinas. Quando a condição de uma paciente setã mudando muito rapidamente, o diagrama pode ser a única nota de progresso.

Os dados objetivos registrados em um programa não devem ser repetidos em uma nota narrativa (evolução). De preferência, deve-se escrever: Obj: "ver diagrama".

ANEXO 9

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
PRÉ-NATAL AMBULATORIAL DO HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Segundo MUXFELDT (1978) que vem coordenando o Serviço de Saúde Pública Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, desde sua programação em 1972, este hospital é um hospital geral, de ensino sem área geográfica delimitada para prestação de assistência.

Baseada nisto, a programação de assistência de enfermagem em saúde pública, a nível ambulatorial, partiu dos seguintes propósitos:

a) introduzir na assistência ambulatorial a atenção da enfermagem, de forma sistemática e contínua, através de atividades finais, tendo em vista assistir o paciente e sua família de forma programada;

b) assistir todos os pacientes cujos danos possam ser reduzidos ou ter seus efeitos minorados através de ações da enfermeira, considerando o conceito da intervenção preventiva;

c) introduzir no sistema de assistência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, através de seu ambulatório, a supervisão sistemática de pacientes sadios, segundo seu ciclo vital, tendo em vista executar ações de intervenção para manter a saúde.

1.1 - Objetivo do serviço de enfermagem de saúde pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

O serviço de enfermagem de saúde pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre visa uniformizar as ações de enfermagem para melhor assistência, ensino e pesquisa, atuando no binômio saúde-doença, avaliando problemas, instituindo medidas preventivas, prevendo cuidados integrais para ir de encontro às necessidades da gestante e do concepto.

1.2 - Atividades desenvolvidas pela enfermeira obstetra no programa materno-infantil.

A enfermeira obstetra desenvolve cinco tipos de atividades através das quais ela realiza a supervisão da saúde, encaminha a gestante à reconsulta médica, segundo indicação ou planejamento prévio e a introduz, bem como a sua família, no plano de educação para a saúde.

Estas atividades são:

1.2.1 - Imunização

As normas para o programa de imunização das gestantes do Pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre estão de acordo com as normas emitidas pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

As vacinas são realizadas através da consulta de enfermagem, portanto, são aplicadas pela enfermeira obstetra. Por vezes ocorrem alguns encaminhamentos através de outros recursos

da comunidade, espontaneamente ou por consultórios médicos privados, casos esses que também são atendidos nos intervalos das consultas. A única vacina indicada é a ANATOX TETÂNICA, de acordo com o seguinte esquema de imunização:

- em gestantes nunca imunizadas ou que tenham sido vacinadas há mais de cinco anos: aplicação de três doses de toxóide tetânico, com intervalos de trinta dias, a iniciar-se no sexto mês de gestação;
- em gestantes que tenham sido imunizadas há menos de cinco anos: aplicação de uma dose de reforço de toxóide tetânico no oitavo mês de gestação.

1.2.2 - Trabalhos de grupo

a) Ministram-se, concomitantemente, conferências às gestantes, por grupos de primeiro, segundo e terceiro trimestres de gestação. Nestes grupos, além das gestantes receberem orientações básicas, elas têm oportunidade de discutir assuntos relacionados com o período de gestação em que se encontram.

b) São ministrados cursos de preparação para o parto, para a gestação e puerpério saudáveis. Tais cursos desenvolvem-se sistematicamente para gestantes e para casais. Compreendem uma sessão semanal de três horas, durante nove semanas consecutivas. Destinam-se às gestantes inscritas ou não no programa de assistência pré-natal do ambulatório. Para frequentar o curso a gestante deverá estar no início do mesmo, com cinco a seis meses e meio de gestação e pagar uma taxa pré-estabelecida pelo hospital, correspondente à classificação salarial. A gestante que

não faz o pré-natal neste serviço, deve trazer de seu obstetra atestado de um recente exame obstétrico informando das condições de gestação. As gestantes que frequentam este serviço, antes de iniciar a ginástica, a enfermeira consulta a evolução obstétrica em seu prontuário. Tudo isto objetivando a execução da ginástica.

Estes cursos desenvolvem-se concomitantemente nos turnos da manhã, tarde e noite. Os diurnos destinam-se sō para gestantes e os noturnos sō abertos somente para casais.

2.2.3 - Consulta de enfermagem

Segundo MUXFELDT (1978) "a consulta de enfermagem é a atividade que é realizada para pacientes encaminhados de qualquer ambulatório ou da unidade de internação. Tem por finalidade manter a supervisão da saúde de forma sistemática e contínua através de ações determinadas".

1) Requisitos de inscrição

Os requisitos para inscrição de gestantes na consulta de enfermagem sō:

- a) ter consultado com o mēdico obstetra;
- b) ter agendada consulta com a enfermeira obstetra, na mesma sistemática da marcação da consulta mēdica. Uma vez efetivada a primeira consulta de enfermagem, a gestante é considerada inscrita no programa.

2) Ações da consulta

Todas as ações da consulta estō registradas no Manual de

Saúde Materna, elaborado especialmente para uso neste serviço, DUARTE (1976).

A consulta de enfermagem desenvolve-se segundo o processo de enfermagem proposto por HORTA (1975) que o define como "a dinâmica das ações sistematizadas de enfermagem, visando a assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade", e segundo o sistema WEED.

3) Passos da consulta

a) Histórico de Enfermagem - Conceituado por HORTA (1975) como "o roteiro sistematizado para levantamento de dados do paciente, família ou comunidade que sejam significativos para a enfermeira, os quais, analisados adequadamente, levam ao diagnóstico de enfermagem".

O histórico de enfermagem consta das seguintes fases:

- análise do prontuário;
- entrevista;
- exame físico.

b) Identificação e Listagem de Problemas - Uma vez aplicado e registrado o histórico de enfermagem, a enfermeira procederá a identificação e a listagem dos problemas de forma ordenada.

c) Plano Assistencial - O plano assistencial estará diretamente relacionado com a identificação dos problemas da gestante e levará em consideração a idade gestacional em que se encontra.

d) Registro - Registros da consulta são feitos em três diferentes lugares:

- no livro de registros da gestante;
- na ficha obstétrica da gestante;
- no prontuário da gestante, onde o registro é orientado para problemas, segundo o sistema WEED, o qual afirma que "o critério básico para avaliar o trabalho do profissional é a capacidade de identificar os problemas dos pacientes e organizá-los para receberem uma solução.

A enfermeira ainda pode solicitar exames de patologia clínica (DUARTE, 1976), sempre que necessário.

A enfermeira, através da consulta de enfermagem, registra problemas e organiza o plano de assistência, conforme o diagnóstico de enfermagem que, segundo HORTA (1975), "é a identificação das necessidades básicas do ser humano que precisa de atendimento, e a determinação, pela enfermeira, do grau de dependência de atendimento em natureza e extensão".

ANEXO 10

AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE: PROCESSO DE ENTRADA, ATENDIMENTO E
SAÍDA DA GESTANTE.

O serviço de pré-natal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre oferece assistência ambulatorial a todas as gestantes que dele quiserem fazer uso. Obedece ao seguinte processo:

a) Se a paciente não tem prontuário, isto é, nunca foi antes atendida no referido hospital, ela se dirigirá primeiramente ao setor de informações. Ali será orientada sobre o tipo e processo de atendimento a quanto ao pagamento da taxa de consulta. Também será informada que os exames poderão correr por conta do INAMPS (INPS), no próprio hospital, e que a classificação salarial é feita mediante o comprovante de renda apresentado no momento da abertura do prontuário.

b) Se a paciente deseja ser atendida, é encaminhada à Central de Marcação de Consulta, onde deverá apresentar um documento de identidade e o comprovante de renda. Caso não apresente comprovante de renda, ficará automaticamente como classe A para elaboração da ficha cadastral e o talão de identificação que será entregue à paciente por ocasião da primeira consulta. A ficha cadastral destina-se ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) para elaboração do prontuário.

c) A paciente é encaminhada ao caixa com a ficha de iden-

tificação e o talão de consulta, recebendo de volta somente o canhoto da consulta, como comprovante de pagamento, que deverá apresentar à recepcionista da área (zona 6 - ginecologia e obstetrícia), no momento da consulta.

d) No dia e hora da consulta, a paciente dirigir-se-á à zona indicada, zona 6, neste caso, onde deverá apresentar-se à recepcionista que, conferirá, na agenda, hora e sala. Após identificada, deverá aguardar na sala de espera, até ser chamada para a consulta médica. Na primeira consulta a paciente recebe talão de identificação.

e) Se através da anamnese, exame físico e outros dados da consulta, o médico obstetra confirmar a gravidez, e a gestação for considerada normal, ele solicita exames de rotina para a gestante e fornece orientações específicas.

f) A partir dali a assistência ficará 70% sob a responsabilidade da enfermeira obstetra que desenvolverá um programa de educação para a saúde, com acompanhamento da evolução da gestação, conforme o "Manual de Saúde Materna" (DUARTE, 1976), e o preparo de cada obstetra.

g) Se por qualquer razão, for gestante de alto risco, também deve ser encaminhada à enfermeira de quem receberá informações e orientações para o auto-cuidado, controle higieno-dietético, imunizações, supervisão do seguimento da terapêutica médica. A evolução obstétrica fica a cargo do médico.

h) Reconsultas de menos de seis meses de intervalo são marcadas com a recepcionista da zona 6, para isto basta apre-

sentar o talão de identificação, escolher o dia, sala e hora, conforme a disponibilidade de consulta, pagar no caixa taxa correspondente a letra de classificação salarial registrada em seu talão de identificação.

i) Toda a primeira consulta ou reconsulta de mais de seis meses (que é considerada primeira consulta) deve ser marcada na Central de Marcações de Consultas.

j) Se a gestante por qualquer motivo, já tem prontuário mas nunca consultou na obstetrícia, seja por internações anteriores ou outros atendimentos ambulatoriais, dirigir-se-á diretamente para a Central de Marcação de Consultas, onde poderá escolher a sala, dia e hora, sempre conforme a disponibilidade de consulta.

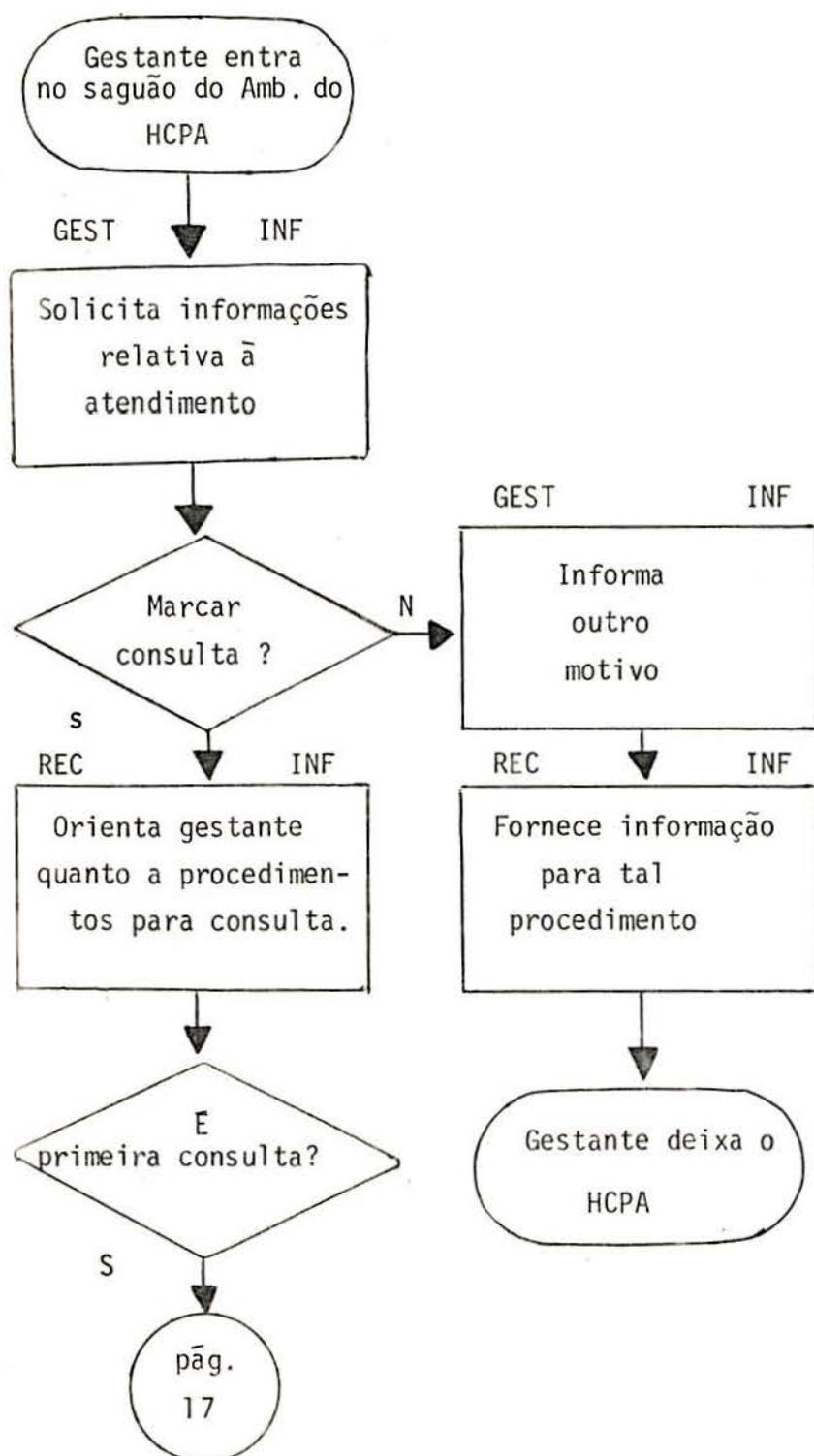
l) Durante todo o período pré-natal, sempre que necessário, a gestante é encaminhada às mais diversas especialidades, para algum parecer ou tratamento.

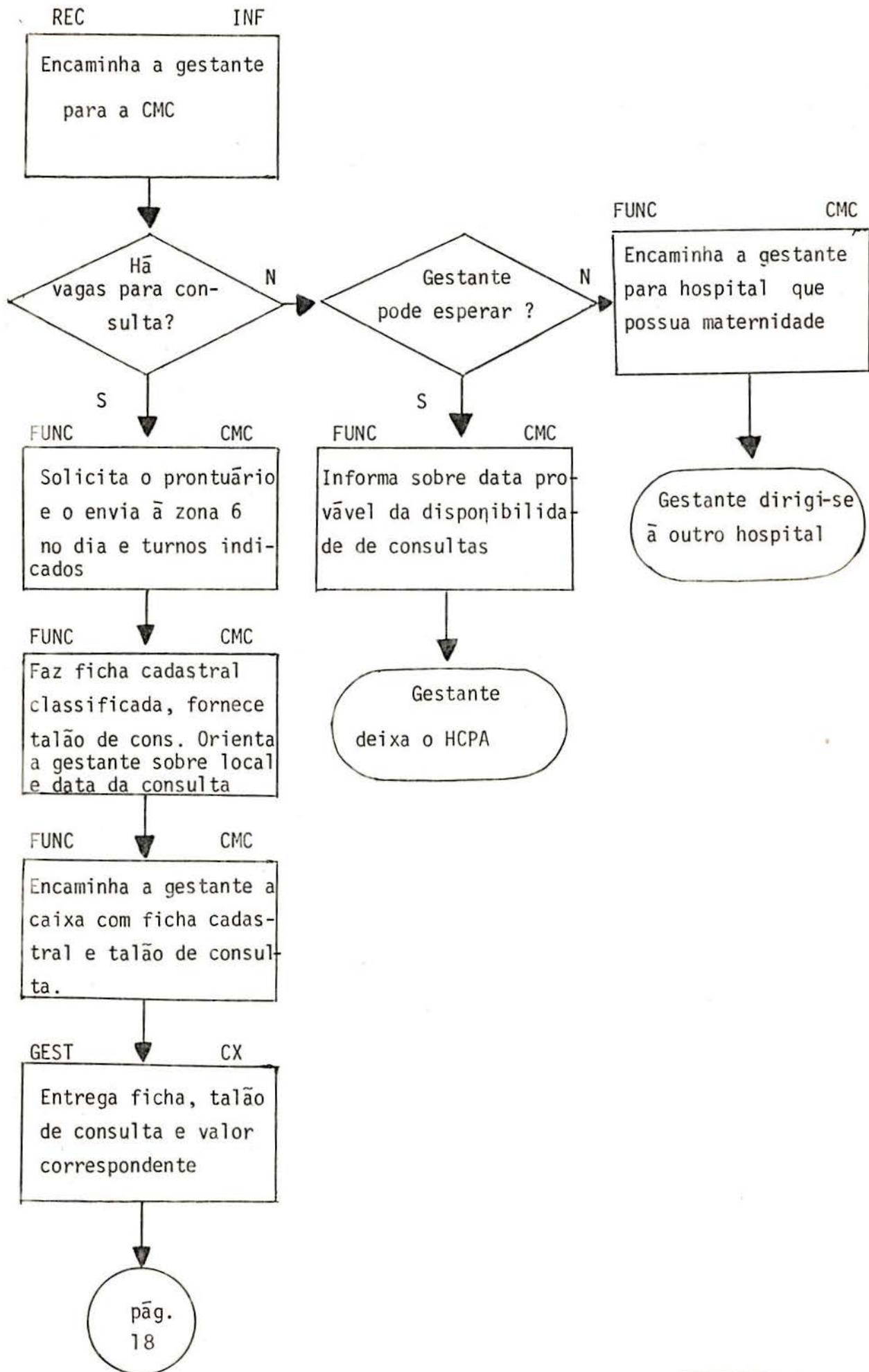
m) Pelo fato do Hospital de Clínicas de Porto Alegre ainda não ter maternidade, a gestante sempre é orientada sobre a procura desta assistência em outros hospitais.

n) Como puérpera, deverá voltar duas vezes. Só terá alta após a última consulta, isto é, no fim do puerpério.

ANEXO 11

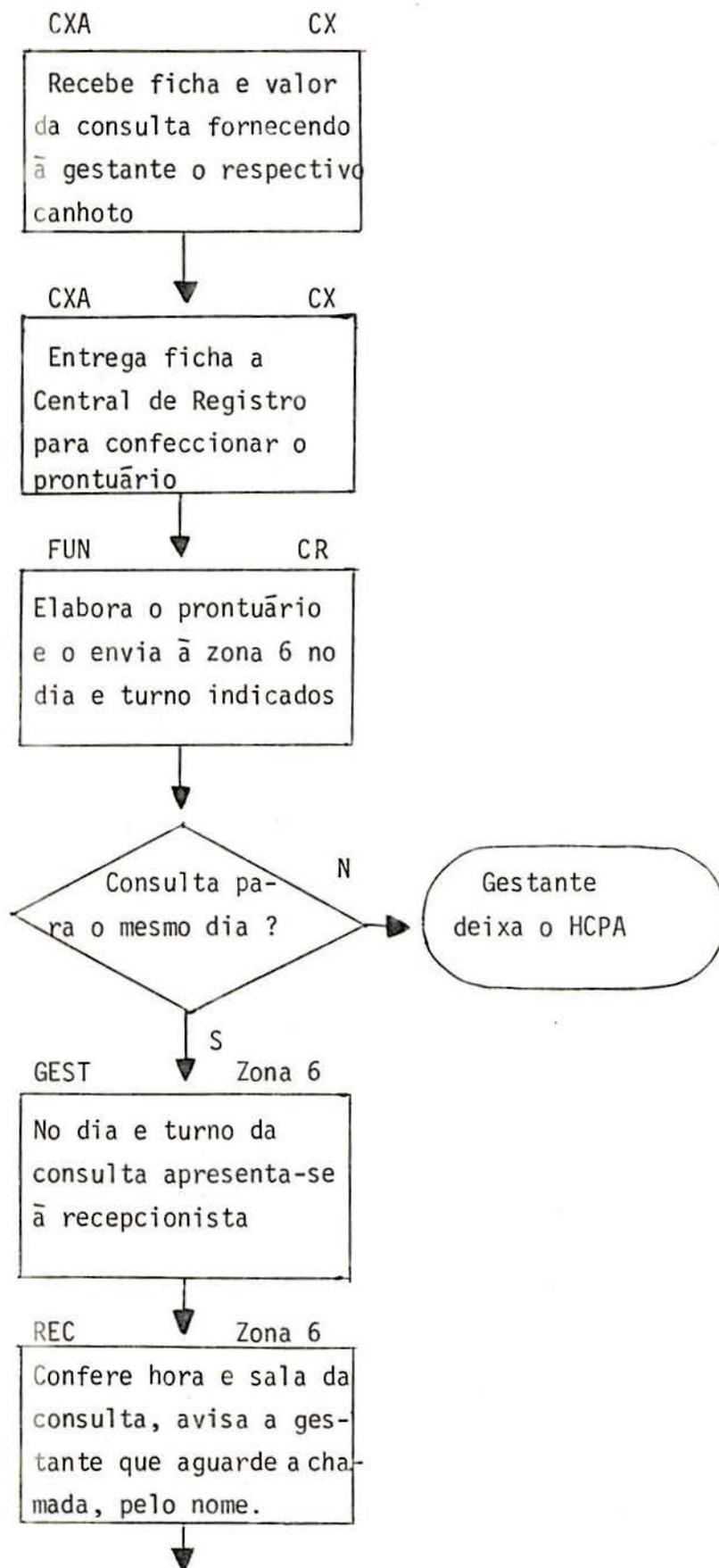
FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ENTRADA, ATENDIMENTO E SAÍDA DA GESTANTE NO AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA) NOS ANOS DE 1975 e 1976





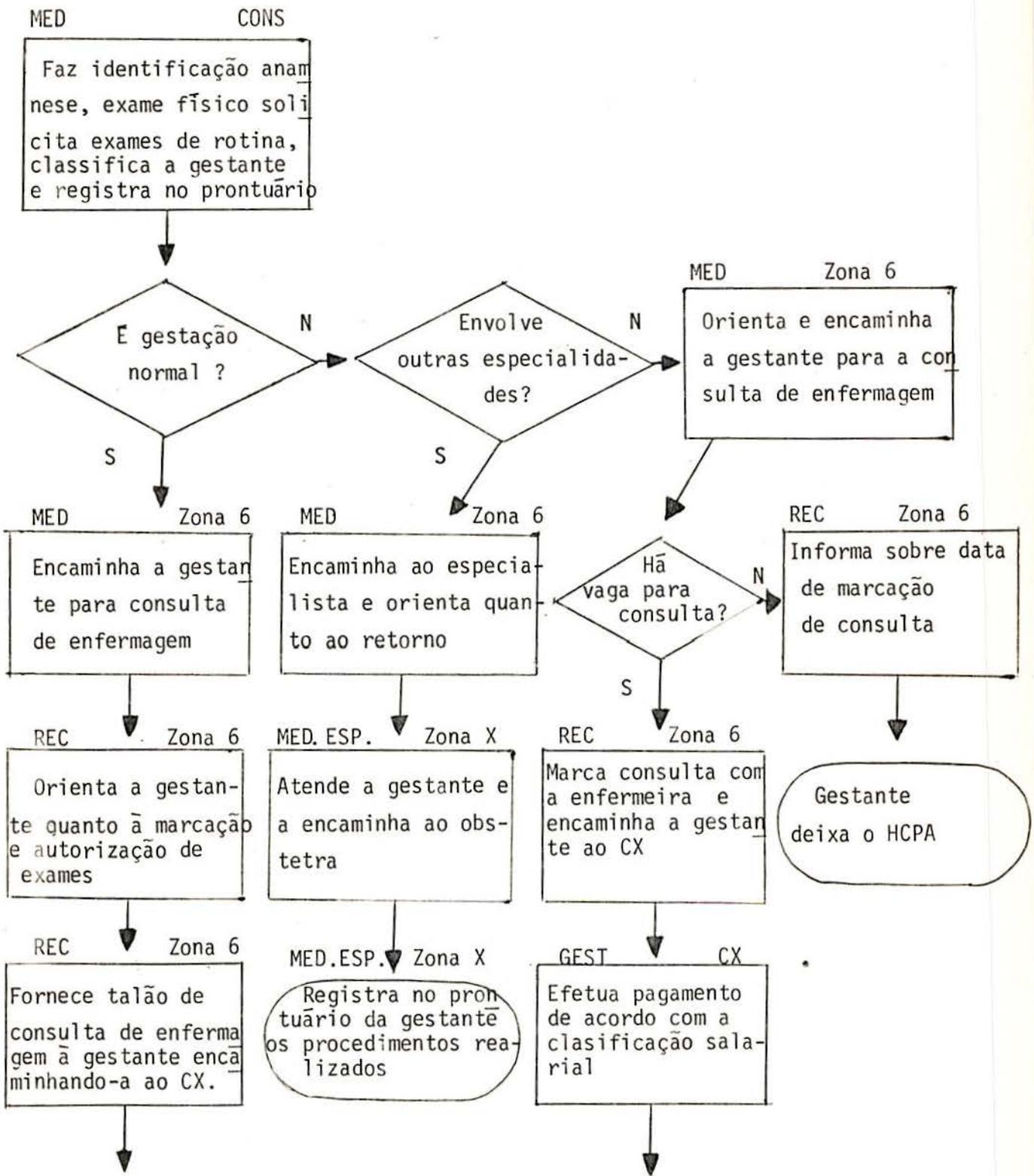
pág.

17



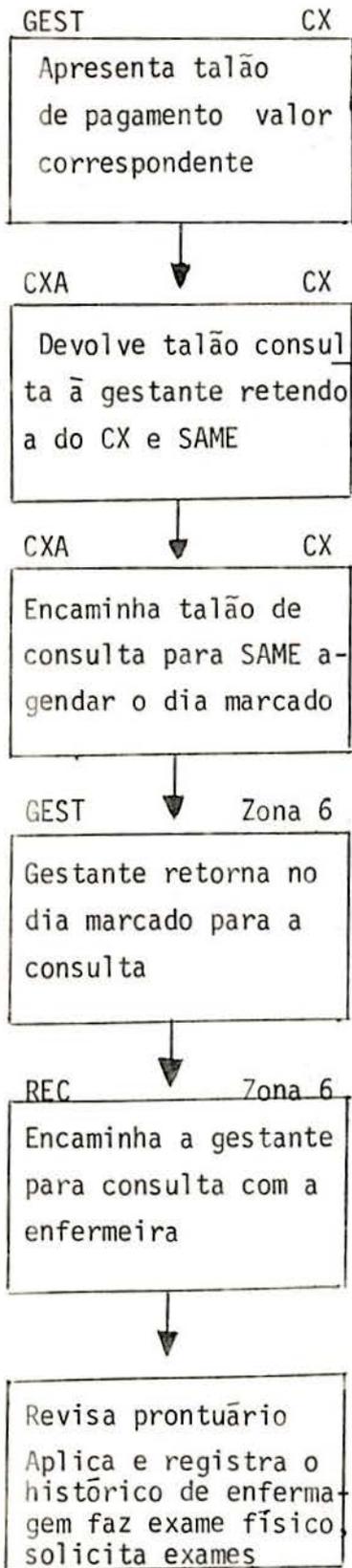
pág.

19



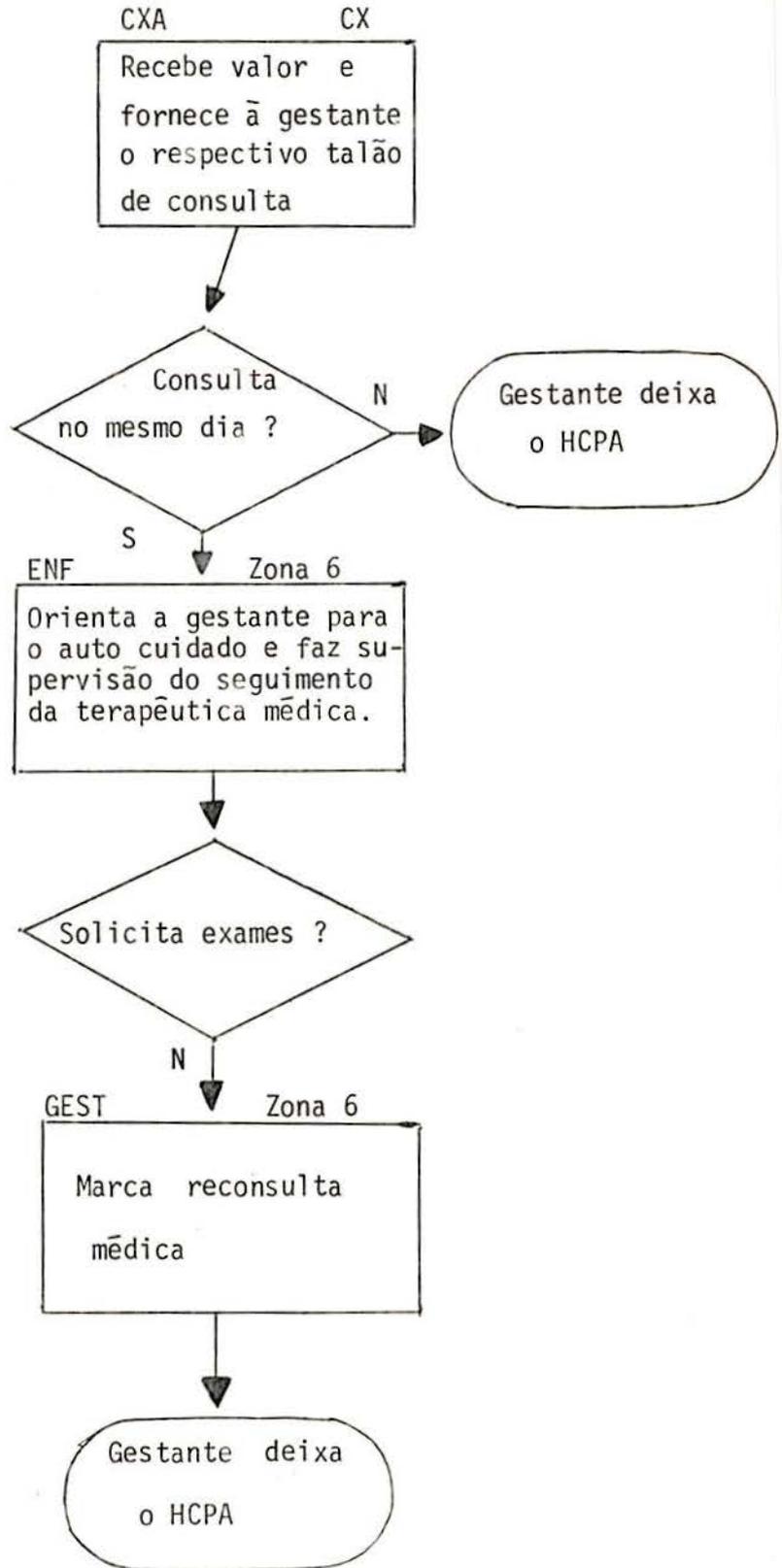
pág.

19



pág.

19

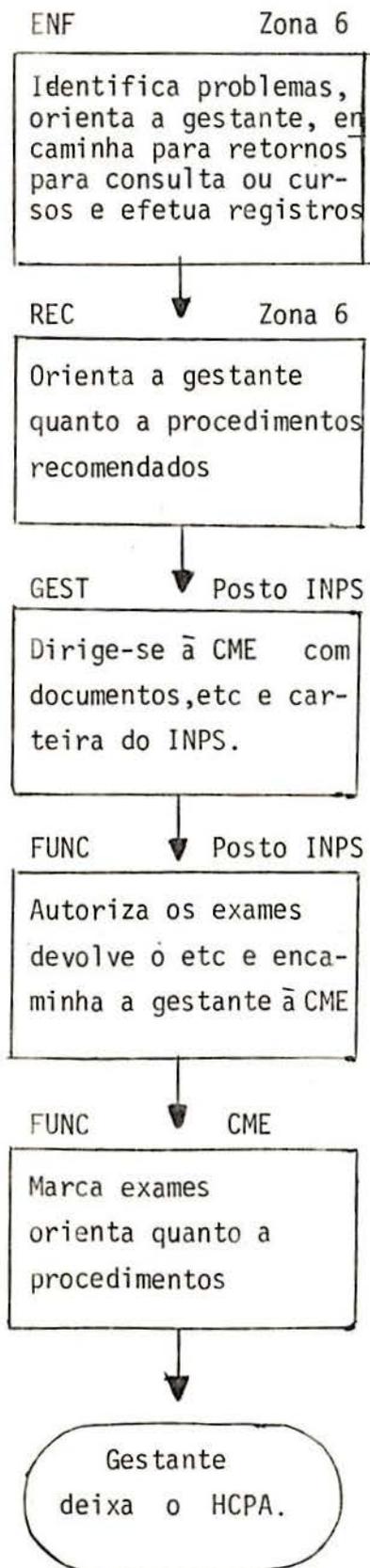


pág.

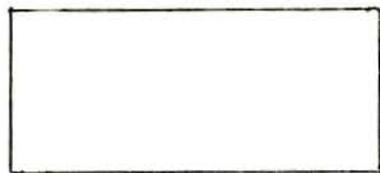
21

pág.

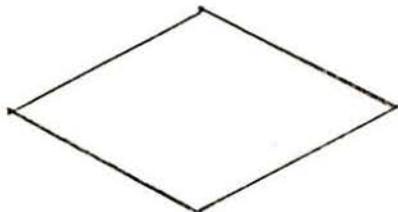
20



SÍMBOLOS ADOTADOS NO FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO DA GESTANTE
NO AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL.



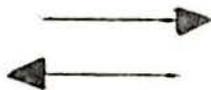
AÇÃO Atividade a ser executada no processo



DECISÃO Empregado para documentar pontos onde se pode alterar o processo



CONECTOR DE PÁGINAS Indicador de continuação do mesmo processo em páginas diferentes



DIREÇÃO Sentido do Processo



TERMINAL Utilizado para indicar início ou término do processo.

CÓDIGOS:

Os códigos são escritos em letras maiúsculas, fora das figuras e, em letra minúscula, dentro das figuras e, no texto. Acima do símbolo, à esquerda; AGENTE. Acima do símbolo, à direita, SETOR, ou seja, serviço onde é gerado o processo.

S = Sim

N = Não

GEST = Gestante

REC = Recepcionista

ENF = Enfermeira

MED = Médico
CMC = Central de Marcações de Consultas
CX = Caixa-Setor
CXA = Caixa-Funcionária
CAE = Central de Autorização de Exames
CONS = Consulta
FUN = Funcionário
INF = Informações
AMB = Ambulatório
ESP = Especialista