

O trabalho do enfermeiro no pré-natal de alto risco sob a ótica das necessidades humanas básicas

The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs
El trabajo del enfermero en el prenatal de alto riesgo bajo la óptica de las necesidades humanas básicas

Lívia de Souza Pancrácio de Errico¹, Paula Gonçalves Bicalho¹,
Thaize Constância Ferreira Lares de Oliveira¹, Eunice Francisca Martins¹

¹ Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG, Brasil.

Como citar este artigo:

Errico LSP, Bicalho PG, Oliveira TCFL, Martins EF. The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 3):1257-64. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0328>

Submissão: 11-05-2017

Aprovação: 21-07-2017

RESUMO

Objetivo: Analisar o trabalho do enfermeiro no pré-natal de alto risco na atenção secundária, considerando os problemas de enfermagem e as necessidades humanas básicas das gestantes. **Método:** Estudo transversal, quantitativo, desenvolvido em um ambulatório de pré-natal de alto risco. Os dados foram selecionados nos registros das consultas de enfermagem. As variáveis estudadas estavam relacionadas com as características sociodemográficas, obstétricas e com os problemas de enfermagem. Realizou-se a análise descritiva dos dados e o agrupamento dos problemas de enfermagem nas classes de Necessidades Humanas Básicas (NHB). **Resultados:** Avaliaram-se 54 consultas de enfermagem de gestantes, em sua maioria jovens, multíparas e com nove ou mais anos de estudo. Cada gestante relatou em média 7,4 problemas de enfermagem. As NHB psicobiológicas prevaleceram em relação às psicossociais. **Conclusão:** No pré-natal de alto risco, o enfermeiro pode utilizar a consulta de enfermagem considerando seu domínio das tecnologias leves para dialogar com as tecnologias dura e leve-dura. **Descritores:** Gravidez de Alto Risco; Enfermagem; Cuidado Pré-Natal; Processo de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the work of nurses in high-risk prenatal care in secondary care, considering nursing problems and the basic human needs of pregnant women. **Method:** Cross-sectional and quantitative study, developed in a high-risk prenatal care clinic. Data were selected in the records of the nursing consultation. The studied variables were related to sociodemographic and obstetric characteristics, in addition to nursing problems. We performed the descriptive analysis of the data and the grouping of nursing problems within the levels of Basic Human Needs (BHN). **Results:** We evaluated 54 nursing consultations of pregnant women, mostly young, multiparous, and with nine or more years of study. Every pregnant woman reported, on average, 7.4 nursing problems. The psychobiological BHN prevailed in relation to psychosocial ones. **Conclusion:** In high-risk prenatal care, nurses can use the nursing consultation considering their mastery of light technologies to engage with hard and light-hard technologies. **Descriptors:** High-Risk Pregnancy; Nursing; Prenatal Care; Nursing Process; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el trabajo del enfermero en el prenatal de alto riesgo en la atención secundaria, considerando los problemas de enfermería y las necesidades humanas básicas de las embarazadas. **Método:** Estudio transversal, cuantitativo, desarrollado en un ambulatorio de prenatal de alto riesgo. Los datos han sido seleccionados en los registros de las consultas de enfermería. Las variables estudiadas estaban relacionadas con las características sociodemográficas, obstétricas y con los problemas de enfermería. Se realizó el análisis descriptivo de los datos y la agrupación de los problemas de enfermería en las clases de Necesidades Humanas Básicas (NHB). **Resultados:** Se han evaluado 54 consultas de enfermería de embarazadas, en su gran parte a jóvenes, multíparas y con nueve o más años de estudio. Cada embarazada ha relatado en promedio 7,4 problemas de enfermería. Las NHB psicobiológicas

han prevalecido en relación a las psicosociales. **Conclusión:** En el prenatal de alto riesgo, el enfermero puede utilizar la consulta de enfermería considerando su dominio de las tecnologías leves para dialogar con las tecnologías dura y leve-dura.

Descriptores: Embarazo de Alto Riesgo; Enfermería; Cuidado Prenatal; Proceso de Enfermería; Cuidados de Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE Livia de Souza Pancrácio de Errico E-mail: liviaerr@enf.ufmg.br

INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico para a reprodução humana. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe, na medida em que pode implicar em riscos tanto para a gestante quanto para o feto. A gravidez é definida como de alto risco quando a probabilidade de um resultado adverso para a mulher ou o feto é maior do que o esperado para a população em geral e há presença de fatores ou determinantes de risco⁽¹⁾. Esses riscos, em sua maioria, relacionam-se às doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez por causas orgânicas, biológicas, químicas e ocupacionais, como também devido às condições sociais e demográficas desfavoráveis⁽¹⁻²⁾. No Brasil, a prevalência de gestações de alto risco é imprecisa e, em geral, estão associadas aos quadros de hipertensão arterial, infecções e diabetes gestacional⁽³⁾. Essas gestações respondem pela morbidade, mortalidade materna e pela maioria dos desfechos perinatais desfavoráveis⁽⁴⁾.

Na atenção pré-natal de alto risco (PNAR) o Ministério da Saúde preconiza o atendimento da gestante por equipe multidisciplinar, que inclui o profissional enfermeiro⁽⁵⁾. Dentre as ações do enfermeiro em uma equipe multidisciplinar destaca-se a consulta de enfermagem⁽⁶⁾ que, no caso do pré-natal, permite identificar os problemas reais e potenciais da gestante e, conseqüentemente, elaborar o planejamento das ações de cuidado necessárias. A consulta é o momento onde se reafirma a singularidade da mulher e inicia-se o processo de compartilhamento das responsabilidades com a pactuação das metas.

O processo de enfermagem é um instrumento metodológico que sistematiza o desenvolvimento da consulta de enfermagem e sua documentação⁽⁷⁾. Ele pode ser compreendido como um modelo lógico de tomada de decisões, fundamentado no julgamento clínico e pensamento crítico. Durante a consulta identificam-se os problemas de enfermagem que, segundo Horta⁽⁸⁾, são aquelas "*situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade, as quais exigem assistência de enfermagem*". Por sua vez, necessidade humana básica (NHB) representa os quadros oriundos dos desequilíbrios homeodinâmicos, onde são registradas tensões conscientes ou inconscientes. Nesse aspecto, Masllow⁽⁹⁾ afirma que os indivíduos têm necessidades comuns e a busca da realização dessas motiva o comportamento humano. As necessidades estão relacionadas entre si, de forma hierárquica não rígida e requerem diferentes capacidades do organismo para sua satisfação⁽⁹⁾.

Apesar de estar previsto que a atenção à gestante no PNAR deva ser desenvolvida por uma equipe multidisciplinar, identifica-se que a atuação do enfermeiro não é consistente com o espectro de suas competências técnicas. Ao mesmo tempo, essa atuação significa, muitas vezes, agir onde há o predomínio do uso das tecnologias dura e leve-dura. A primeira

representada pela propedêutica e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos, e a segunda referindo-se à tensão entre os saberes científicos estruturados e a leveza demandada pelo usuário para o seu cuidado⁽¹⁰⁾. Diante desse quadro o enfermeiro tende a buscar o alinhamento das suas ações com aquelas constituidoras dos processos envolvidos com as tecnologias dura e leve-dura. Entretanto, considera-se que esse alinhamento é uma impossibilidade na medida em que sua melhor atuação estaria no âmbito das tecnologias leves, aquelas onde a relação com o usuário torna-se lócus privilegiado para o cuidado em ato vivo⁽¹⁰⁾. Dessa forma, não é infundada a afirmação de que a capacidade de intervenção do enfermeiro no PNAR tem se limitado às intervenções no âmbito dos problemas colaborativos, cujo controle e a resolução são compartilhados com especialistas ou outros profissionais⁽¹¹⁾.

Assim, o conhecimento sistematizado das necessidades das gestantes de alto risco com a identificação dos problemas de enfermagem, trabalho vivo em ato exercido na consulta de enfermagem, pode apontar para a ampliação das possibilidades de atuação do enfermeiro, bem como da natureza dessas ações.

OBJETIVO

Analisar o trabalho do enfermeiro no PNAR na atenção secundária, considerando os problemas de enfermagem e as NHB das gestantes. Salienta-se que a produção científica publicada se organiza tendo em vista as ações do enfermeiro particularmente nos ambientes hospitalares, com foco em riscos específicos, ainda que discuta questões relativas a autonomia da atuação profissional e aponte para aspectos do trabalho multidisciplinar em áreas específicas do cuidado⁽¹²⁾. Em compasso com essa análise, espera-se que as contribuições deste estudo auxiliem na revisão e reestruturação dos pressupostos conceituais que fundamentam os estudos relacionados a temática, na visão mais compreensiva da atenção a gestante em situação de risco, na perspectiva das NHB⁽⁸⁾. Decorrente dessas contribuições, pretende-se discutir a atuação do enfermeiro, a partir de um processo de trabalho sistematizado, com bases legais e científicas.

MÉTODO

Aspectos éticos

Foram seguidos os critérios indicados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Desenho, local do estudo e período

Este é um estudo do tipo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, desenvolvido no ambulatório do Instituto

Jenny de Andrade Faria (IJAF). O IJAF é vinculado ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG), localizado no município de Belo Horizonte, referência para o PNAR no estado. O serviço é campo de prática para o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem/UFMG. Os dados foram referentes às consultas de enfermagem realizadas no período de março de 2014 a junho de 2015 e coletados nos prontuários entre os meses de maio a junho de 2016.

População ou amostra, critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo foi composta pelas gestantes atendidas na consulta de enfermagem. Os critérios de inclusão foram: ser gestantes classificadas como de alto risco e ter o registro do levantamento dos problemas de enfermagem no formulário de consulta de enfermagem. Foram excluídas as consultas de gestantes de baixo risco e daquelas cujos registros sobre o levantamento dos problemas de enfermagem estavam ausentes.

Protocolo do estudo

A coleta de dados foi feita a partir dos prontuários das gestantes que realizaram consultas de enfermagem com as enfermeiras e residentes em enfermagem obstétrica. O formulário para registro da consulta de enfermagem continha dados sobre identificação, história pregressa, gestação atual, exame físico, problemas, diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Análise dos resultados e estatística

Para a análise selecionaram-se as variáveis procedência, idade, escolaridade, situação conjugal, religião, ocupação, paridade, idade gestacional, agravo da gestação e problemas de enfermagem. Realizou-se a distribuição da frequência e proporção das variáveis, a fim de identificar as características sociodemográficas e obstétricas das gestantes, como também os problemas de enfermagem predominantes. Os problemas de enfermagem foram agrupados nas classes de NHB psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual. A classe necessidade psicobiológica engloba as necessidades derivadas do funcionamento orgânico. A classe psicossocial corresponde às demandas vinculadas aos processos de convivência social e de autorrealização. A psicoespiritual congrega as necessidades oriundas da busca pela transcendência espiritual^(8,13). Na análise dos dados utilizou-se *software* SPSS.

RESULTADOS

Foram analisados os registros de 54 gestantes atendidas em consultas de enfermagem, que atenderam aos critérios de inclusão no estudo. A Tabela 1 apresenta as características sociais, demográficas e o histórico gestacional das participantes. Em sua maioria, elas residiam no município de Belo Horizonte. A idade variou entre 16 e 44 anos, sendo que 40% das gestantes pertenciam à faixa etária de 20-29 anos. Cerca de 70% possuíam nove ou mais anos de estudo, 24,1% encontravam-se desempregadas e 22,2% eram domésticas ou trabalhavam em serviços gerais. No grupo houve predominância de múltiparas e 29,6% relataram ter tido aborto prévio.

Tabela 1 – Distribuição das gestantes de alto risco atendidas em consultas de enfermagem, segundo as características sociodemográficas e histórico gestacional, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014-2015

Características sociodemográficas	n	%
Procedência		
Belo Horizonte	24	44,4
Região Metropolitana	13	24,1
Ignorado	17	31,5
Idade		
Até 19 anos	2	3,7
20 – 29 anos	22	40,7
30 – 39	17	31,5
≥ 40 anos	4	7,4
Ignorado	9	16,7
Escolaridade		
Até 8 anos	9	16,7
9 a 11 anos	27	50,0
≥ 12 anos	11	20,3
Ignorado	7	13,0
Ocupação		
Desempregada	13	24,1
Doméstica e serviços gerais	12	22,2
Comércio e prestação de serviços	10	18,5
Do lar	7	13,0
Outros	4	7,3
Ignorado	8	14,8
Histórico gestacional		
Paridade		
Primípara	15	27,8
Múltipara	36	66,7
Ignorado	3	5,5
Abortos anteriores		
Não	35	64,8
Sim	16	29,6
Ignorado	3	5,5

Tabela 2 – Distribuição das gestantes de alto risco atendidas em consultas de enfermagem segundo as condições para a classificação de gestação de alto risco, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014-2015

Agravo	Número de gestantes	%
Soropositiva para o HIV	11	20,4
Hipertensão	7	13,0
Diabetes	5	9,3
Gravidez múltipla	4	7,4
Isoimunização	4	7,4
Anemia	4	7,4
Cardiopatia	4	7,4
Malformação congênita	3	5,5
Outros	12	22,2
Total	54	100

Tabela 3 – Distribuição dos problemas de enfermagem entre as gestantes de alto risco atendidas em consultas de enfermagem, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014-2015

Problemas de enfermagem	Número de gestantes	%*
Dúvidas sobre o parto	34	63,0
Falta de atividade física	34	63,0
Alimentação inadequada	31	57,4
Sono prejudicado	29	53,7
Dor	23	42,6
Excesso de peso	23	42,6
Uso de medicação na gravidez	23	42,6
Dúvidas sobre o puerpério e recém-nascido	20	37,0
Dificuldade de relacionamento familiar	18	33,3
Preocupação com o problema de saúde	17	31,5
Dificuldade de eliminação intestinal	16	29,6
Insatisfação com autoimagem	13	24,1
Cansaço	12	22,2
Desconforto da gravidez	12	22,2
Auto estima reduzida	11	20,4
Vulnerabilidade socioeconômica	11	20,4
Desconforto urinário	10	18,5
Baixa ingesta hídrica	9	16,7
Receio do futuro do recém-nascido	8	14,8
Susceptibilidade a toxoplasmose	8	14,8
Ansiedade	7	13,0
Problemas com a sexualidade	6	11,1
Não aceitação da gravidez	5	9,3
Tristeza	5	9,3
Violência parceiro e drogas	5	9,3
Gestante etilista	3	5,6
Outros	9	16,7
Total de problemas	402	100
Média de problemas por gestante	7,4	

Nota: *Em relação ao total de 54 gestantes

As condições para encaminhamento das gestantes ao PNAR foram variadas, sendo as mais prevalentes ser portadora do vírus da imunodeficiência humana (20,4%), de doença hipertensiva (13,0%) e de diabetes (9,3%) (Tabela 2).

Os problemas de enfermagem foram agrupados em 27 categorias, e cada gestante apresentou em média 7,4 problemas. A maioria das gestantes tinha queixas ou alterações que puderam ser agrupadas nos problemas/dúvidas sobre o parto, falta de atividade física, alimentação inadequada e sono prejudicado. Todavia, outros problemas como dor, excesso de peso e uso de medicação na gravidez foram identificados em torno de 40,0% das gestantes (Tabela 3).

Os problemas na classe de NHB psicobiológicas prevaleceram (60,7%) em relação às NHB psicossociais (39,3%). Na classe de necessidades psicobiológicas, as alterações das necessidades de nutrição, sono e repouso, exercícios e atividades físicas foram as mais frequentes. Dentre as necessidades psicossociais tiveram destaque as necessidades de aprendizagem, segurança e gregária (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O ambulatório do IJAF é um ponto referência para o PNAR da Rede Cegonha⁽¹⁴⁾, dessa forma espera-se que haja a presença de gestantes procedentes de outros municípios. Esse fato nos traz dois elementos para reflexão, o primeiro diz respeito ao sistema de referência e contrarreferência⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, e o segundo relaciona-se com a efetivação do acesso ao serviço de saúde. O sistema de referência e contrarreferência contribui para a manutenção do vínculo da gestante com a atenção primária, garantindo a continuidade do cuidado desta durante e após a gestação⁽²⁾. Contudo, observou-se que o encaminhamento para o PNAR muitas vezes representa uma ruptura do suporte e acompanhamento das gestantes pelas estruturas de atenção compartilhadas entre comunidade e serviços de saúde. Acredita-se que esse processo pode gerar solidão e ansiedade, como identificado nos problemas de enfermagem, considerando que a gestante e, algumas

Tabela 4 – Classificação dos problemas de enfermagem das gestantes de alto risco atendidas em consultas de enfermagem segundo as classes de Necessidades Humanas Básicas, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014-2015

Classes de Necessidades Humanas Básicas	Problemas	n	Percentual*
I. Necessidades psicobiológicas			
1. Oxigenação	Dispneia e tosse	3	0,7
2. Hidratação	Baixa ingesta hídrica	9	2,2
3. Nutrição	Alimentação inadequada e excesso de peso	54	13,4
4. Eliminação	Desconforto urinário e dificuldade eliminação intestinal	26	6,5
5. Sono e repouso	Cansaço e sono prejudicado	41	10,2
6. Exercícios e atividades físicas	Falta de atividade física	34	8,5
7. Sexualidade	Problemas com a sexualidade e sexo inseguro	6	1,5

Continua

Tabela 4 (cont.)

Classes de Necessidades Humanas Básicas	Problemas	n	Percentual*
I. Necessidades psicobiológicas			
12. Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular	Desconfortos da gravidez; glicemia instável; susceptibilidade à toxoplasmose; presença de secreção vaginal e colonização por <i>Streptococcus</i>	24	6,0
14. Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa	Dor	23	5,7
16. Terapêutica	Uso de medicação e não adesão ao tratamento	24	6,0
	Subtotal	244	60,7
II. Necessidades psicossociais			
1. Segurança	Ansiedade Receio do futuro do recém-nascido Receio pelo problema de saúde Gestante etilista Violência do parceiro e drogas Vulnerabilidade socioeconômica	51	12,7
6. Aprendizagem (educação à saúde)	Dúvidas sobre o parto; dúvidas sobre o puerpério e recém-nascido	54	13,4
7. Gregária	Dificuldades de relacionamentos familiares	18	4,5
II. Necessidades psicossociais			
9. Lazer	Falta de lazer	1	0,2
12. Aceitação	Não aceitação da gravidez	5	1,2
13. Auto-realização	Auto estima reduzida Tristeza	16	4,0
15. Auto-imagem	Insatisfação com autoimagem	13	3,2
	Subtotal	158	39,3
Total		402	100

Nota: * % calculado em relação ao total de problemas.

vezes, sua família passam a fazer parte de outro lócus e lógica de atenção. Nesse aspecto, a necessidade gregária alterada encontrada neste estudo pode ser associada a esse quadro, que também foi evidente em outro estudo no qual se constatou a falta de apoio da rede social como um problema enfrentado pelas gestantes⁽¹⁷⁾. Portanto, deve-se atentar para essa necessidade, procurando meios para fomentar o apoio familiar e da rede social. Em outra dimensão, mesmo que a gestante continue sendo atendida pelo seu centro de saúde, avalia-se que o alinhamento das condutas entre os dois serviços nem sempre é alcançado. Dessa forma, a estruturação de um sistema de referência e contrarreferência eficiente demanda ações efetivas que contrabalancem os efeitos do distanciamento e das diferentes perspectivas de cuidado.

Nesse caso, o acesso é compreendido como um conceito multidimensional que abrange as interações entre os serviços de saúde, indivíduos e comunidades⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. A efetivação do acesso, como o segundo elemento para reflexão, remete às questões concernentes às condições socioeconômicas que facilitam ou restringem os deslocamentos para participar de

todas as ações de cuidado⁽²⁰⁾. Outro componente do acesso refere-se às características dos serviços oferecidos, as quais favorecem ou não a utilização e a validação deste pelo usuário, no que tange à capacidade em atender suas necessidades de saúde. Nesse aspecto, entende-se que no PNAR a complexidade das relações entre acesso e utilização podem subverter os esforços para o oferecimento de uma atenção qualificada. Em geral, as gestantes têm dificuldade de realizar os deslocamentos do domicílio para os serviços de saúde, o que é observado na baixa frequência às ações educativas de grupo e na dificuldade de captá-las para as consultas de enfermagem. Assim, compreende-se que a atenção à gestante de alto risco, para além de garantir as consultas médicas especializadas, deve se estruturar buscando a centralidade do trabalho em equipe, cujas contribuições e diálogos podem abarcar a diversidade dos problemas das mulheres.

A vulnerabilidade social das gestantes estudadas pode ser presumida a partir das condições de desemprego e ocupações relacionadas a menores salários por elas apresentadas. Essa vulnerabilidade é um dos fatores que pode ser associado aos

determinantes sociais da saúde (DSS) que, em efeito cascata, se vincula às iniquidades em saúde. Essa situação pode potencializar os riscos de resultados desfavoráveis na gestação⁽²¹⁾ e no pós-parto⁽²²⁾. Em decorrência, a análise e o estabelecimento das possíveis relações entre os determinantes sociais da saúde e a situação de saúde das mulheres podem favorecer a identificação dos riscos à saúde e a definição de condutas assistenciais, tanto para prevenção quanto para tratamento. Entretanto, os serviços não devem estar atentos somente para as características que demarcam as situações que vulnerabilizam as mulheres, mas também compreender o papel protetor exercido, neste caso, pela idade e a escolaridade. Observou-se que as mulheres deste estudo eram jovens e com escolaridade entre oito e onze anos, o que permite supor que elas possivelmente transitam com mais facilidade nos diferentes equipamentos constitutivos do Sistema Único de Saúde. Essa perspectiva se insere na discussão produzida pelo conceito de *health literacy*, definida como as habilidades cognitivas e sociais que determinam tanto a motivação quanto a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreensão e uso das informações que podem auxiliá-lo na promoção e manutenção de sua saúde⁽²³⁾. Assim, fala-se de um grupo de mulheres que tem melhor capacidade para obter informações e a atenção desejadas, mesmo diante dos constrangimentos já mencionados. Além disso, deve-se salientar que não se pode prescindir das ações intersetoriais delineadas com o objetivo de melhor adequar os equipamentos de proteção social às demandas e necessidades de cada gestante.

Diante disso, a lógica da assistência deve ser deslocada da perspectiva unívoca dos riscos e injúrias à saúde de ordem fisiopatológica⁽²⁴⁻²⁵⁾ para acomodar outros elementos como os efeitos da vulnerabilidade social sobre a saúde. Nesse aspecto, a organização da proposta assistencial às gestantes de alto risco também deve refletir o caráter colaborativo dos problemas de enfermagem, conforme os achados desta pesquisa. Esses são os problemas para os quais as intervenções de enfermagem envolvem a atuação conjunta com outros profissionais⁽¹⁾. A resolução deles ou o plano de cuidados envolverá, em grande medida, o trabalho em equipe, com compartilhamento substantivo das ações e efetiva negociação, com a gestante, de seu cuidado.

A predominância da classe de NHB psicobiológicas não surpreende, na medida em que nesta classe estão presentes necessidades que demandam o desenvolvimento de ações para prevenção das situações de agudização das condições crônicas, bem como a adoção de estratégias capazes de favorecer a adesão ao tratamento. O comportamento de saúde das gestantes está, na maioria das vezes, sob monitoramento, exigindo a apurada competência técnica dos profissionais⁽²⁶⁾ com domínio das tecnologias dura e leve-dura⁽¹⁰⁾. Considerando que o cuidado à saúde da gestante de alto risco se situa em uma dimensão em que a tecnologia dura muitas vezes parece prevalecer sobre as tecnologias leves de cuidado, o trabalho do enfermeiro deve buscar o equilíbrio entre as tecnologias dura, leve-dura e leve nas intervenções, de forma a responder a singularidade do sujeito. O risco atrelado à eminência do óbito, da mulher ou do feto, consome tanto o sujeito quanto o profissional, dificultando o olhar cuidadoso para além das necessidades biológicas da gestante em situação de alto risco.

No âmbito da classe de NHB psicossocial percebe-se ainda que a possível centralidade das tecnologias leves ocorra numa relação de compensação e complementaridade com as tecnologias duras e leve-duras. A escuta atenta, elemento constituinte da tecnologia leve, vai além do acolhimento das necessidades, e almeja o exercício complexo da elaboração de planos de cuidados alinhados com as possibilidades de autocuidado das mulheres. Nesse caso, a educação para a saúde estrutura a base para qualquer intervenção que pretenda alcançar resultados positivos. De fato, a gravidez acarreta mudanças físicas, biológicas e psicológicas, as quais demandam orientações e apoio para adaptação ao processo. Assim, a assistência pré-natal se constitui em um locus apropriado para o desenvolvimento de ações de educação e promoção da saúde⁽²⁷⁻³⁰⁾.

A diversidade das emoções e a subjetividade da situação de alto risco para muitas mulheres não é incomum^(12,25,31) e devem constituir-se num roteiro preciso para que o enfermeiro elabore seu plano de ações e de cuidado. Não parece haver inconsistência entre a prevalência do uso de tecnologias duras e leve-duras e uma abordagem mais íntima e cúmplice com as mulheres, que pode ser competentemente desenvolvida pelo enfermeiro. Assim, constrói-se um ambiente terapêutico favorável, significando espaço para o florescimento de abordagens diferenciadas e ao mesmo tempo específicas. Essa afirmação se sustenta nos resultados obtidos neste estudo, em que as mulheres desvelaram delicadas e complicadas situações que envolviam violência e uso de drogas nas consultas de enfermagem. Considera-se que o enfermeiro, durante a consulta de enfermagem, ofereceu espaço privilegiado para as narrativas das gestantes, com a criação de uma ambiência protetora – narrativas estas que contribuem para aliviar o sofrimento dessas situações. Contudo, o enfrentamento desse problema ainda é limitado às intervenções na crise, o que exige a incorporação de novos componentes capazes de abordar a complexidade do problema durante a gravidez. As intervenções assim planejadas devem focar na prevenção, na melhoria da saúde mental, na integração das ações de diferentes programas e na redução de danos para a nova geração em gestação⁽³²⁾.

Em contrapartida, não foram identificados problemas na classe de NHB psicoespiritual neste estudo. Esse fato pode estar relacionado ao instrumento da consulta de enfermagem que apenas identifica a religião da gestante, mas não aborda as questões vinculadas. Assim, pode ser útil estimular as narrativas que tratem da vivência da espiritualidade, principalmente quando são abordadas as estratégias de enfrentamento e tolerância ao estresse. A espiritualidade tem sua importância na vida do ser humano, pois o auxilia nas situações consideradas limitrofes, como no caso de doenças crônicas e terminais⁽³³⁾. A religião interfere tanto no processo de adoecimento quanto no processo de cura⁽³⁴⁾.

Finalmente, as NHB estão interligadas e a não percepção de uma alteração pode impossibilitar a solução de outras alterações. Os dados apontam para a multiplicidade de necessidades humanas básicas alteradas entre as gestantes, com informações úteis para orientar os enfermeiros em iniciativas e ações que melhorem a assistência e direcionem as intervenções. Destaca-se ainda a importância de sistematizar a

assistência de enfermagem para que o cuidado profissional do enfermeiro seja efetivo junto à gestante, realizado com base científica e com autonomia profissional⁽⁷⁾.

Limitações do estudo

O estudo apresentou como principal limitação a incompletude de alguns dados nos instrumentos de registro das consultas. A caligrafia ilegível em alguns formulários também dificultou a leitura e interpretação dos problemas de enfermagem. Esses problemas podem ser minimizados por meio da educação permanente, reforçando a importância do registro correto e completo dos dados obtidos nas consultas. Sugere-se também que professores enfermeiros e estudantes atuantes no serviço pesquisado realizem avaliações periódicas dos instrumentos das consultas para que sejam realizadas as alterações e melhorias necessárias.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O estudo contribui para a reflexão acerca do trabalho do enfermeiro na atenção secundária ao pré-natal de alto risco, uma área onde essa atuação pode ser ampliada para o atendimento das necessidades humanas básicas das gestantes. São apontadas possibilidades para o alinhamento das ações de cuidado do enfermeiro, as quais perpassam pela necessidade do trabalho sistematizado, a partir da realização da consulta e do processo de enfermagem. Incorpora, ainda, a discussão sobre o uso de tecnologias para esse cuidado. Considera-se também que o manuscrito avança no conhecimento da enfermagem ao abordar aspectos essenciais do trabalho do enfermeiro, os quais podem ser ampliados para outros grupos populacionais e lócus de atuação. Dentre as implicações para o ensino de enfermagem destaca-se o potencial do estudo para

auxiliar o direcionamento das ações de formação e atualização profissional. Tal aspecto relaciona-se principalmente na indução da visão de gestão e clínica ampliadas para a incorporação efetiva das dimensões relacionais que caracterizam as tecnologias leves de cuidado.

CONCLUSÃO

A análise dos problemas de enfermagem e das necessidades humanas básicas alteradas das gestantes de alto risco estudadas permitiu identificar o trabalho do enfermeiro como parte constituinte de uma proposta assistencial para as gestantes de alto risco. A hipótese inicial, na qual se afirmou que o conhecimento sistematizado das necessidades das gestantes de alto risco poderia apontar para as possibilidades de atuação do enfermeiro, bem como da natureza dessas ações, foi confirmada. Dessa forma, o estudo traz visibilidade para o trabalho do enfermeiro na atenção ao pré-natal de alto risco, cujas ações, organizadas de forma sistemática e baseadas em evidências científicas, podem superar a visão pré-estabelecida na qual o enfermeiro tem atuação limitada em espaços onde há o predomínio das tecnologias dura e leve-dura. Assim, o PNDAR se configura como um espaço em que o enfermeiro pode atuar em equipe e com ações autônomas, e a efetividade e eficiência do trabalho do enfermeiro estão na possibilidade do seu diálogo com as tecnologias dura e leve-dura, por meio de seu domínio das tecnologias leves.

FOMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig), projeto APQ-02988-13.

REFERÊNCIAS

1. Wildschut HJ. Constitutional and environmental factors leading to a high risk pregnancy. In: James DK, Weiner CP, Gonik B, Crowther CA, Robson SC, (Eds.). High Risk Pregnancy: Management Options. Amsterdã: Elsevier; 2011. p.11-28.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 11]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. 2010 [cited 2016 May 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf
4. Bernales BD, Ebensperger, EO. Embarazo de alto riesgo. Medwave [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 11];12(5):e5429. Available from: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5429#>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. 2012 [cited 2016 May 11];5:302. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
6. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1986 [cited 2016 Aug 11]; Seção 1 de 25. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm
7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/99. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem [Internet]. 1999 [cited 2016 Aug 10]. Available from: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>

8. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1979.
9. Maslow AH. A theory of human motivation. Psychol Rev[Internet]. 1943[cited 2016 Dec 15];50(4):370-96. Available from: <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>
10. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onoko R, (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 71-113.
11. Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermagem: o que é, e o que não é. In: Carpenito-Moyet LJ. Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 37-44.
12. Rodrigues ARM, Rodrigues DP, Viana AB, Cabral LS, Silveira MAM. Nursing care in high-risk pregnancies: an integrative review. O Braz J Nurs[Internet]. 2016[cited 2016 Oct 10];15(3):472-83. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5434/pdf_1
13. Marques DKA, Moreira GAC, Nóbrega MML. Análise da teoria das necessidades humanas básicas de Horta. Rev Enferm UFPE[Internet]. 2008[cited 2016 Jul 10];2(4):481-8. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/336>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha[Internet]. 1986[cited 2016 Aug 11]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
15. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)[Internet]. 2010[cited 2016 Jul 11]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
16. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Colet[Internet]. 2010[cited 2016 Jul 11];15(5):2297-305. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>
17. Leite MG, Rodrigues DP, Sousa AAS, Melo LPT, Fialho AVM. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. Psicol Estud[Internet]. 2014 [cited 2016 Jul 21];19(1):115-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n1/12.pdf>
18. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública[Internet]. 2004[cited 2016 Jul 11];20(supl 2):190-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>
19. McIntyre D, Thiede M, Birch S. Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries. Health Econ Pol Law[Internet]. 2009[cited 2017 Jan 20];4:179-93. Available from: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/9F2F941D336F9E8916AA26E36F6BB709/S1744133109004836a.pdf/access_as_a_policyrelevant_concept_in_low_and_middleincome_countries.pdf
20. Esposti CDD, Oliveira AE, Santos Neto ET, Travassos C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória. Saúde Soc[Internet]. 2015[cited 2016 Aug 10];23(3):765-79. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00765.pdf>
21. Wong ST, Regan S. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access continuity and efficiency. Rural Remote Health[Internet]. 2009[cited 2016 Sep 11];9:1142. Available from: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=1142>
22. Aquino PT, Souto BGA. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. Rev Med Minas Gerais[Internet]. 2015[cited 2016 Jul 10];25(4):568-76. Available from: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1873>
23. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalence of postpartum depression and associated factors. Rev Saúde Pública[Internet]. 2006[cited 2016 Jul 09];40(1):65-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27117.pdf>
24. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med[Internet]. 2008[cited 2017 Mar 12];67(12):2072–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18952344>
25. Amorim TV, Souza IEO, Salimena AMO, Melo MCSC, Paiva ACPC, Moura MAV. The everyday of a heart disease high-risk pregnancy: phenomenological study of care relationships. Esc Anna Nery Rev Enferm[Internet]. 2016[cited 2016 Jul 09];20(4):e20160091. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/en_1414-8145-ean-20-04-20160091.pdf
26. Oliveira DC, Mandú ENT. Women with high-risk pregnancy: experiences and perceptions of needs and care. Esc Anna Nery Rev Enferm[Internet]. 2015[cited 2017 Jan 20];19(1):93-101. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0093.pdf>
27. Brooten D, JoAnne M, Youngblut JM, Donahue D, Hamilton M, Hannan J, et al. Women with high-risk pregnancies, problems, and APN Interventions. J Nurs Scholarsh[Internet]. 2007[cited 2016 Nov 23];39(4):349-57. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3532049/pdf/nihms211829.pdf>
28. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciênc Saúde Colet[Internet]. 2007[cited 2016 Aug 09];12(2):477-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf>
29. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev Bras Enferm[Internet]. 2009[cited 2016 Jul 10];62(3):387-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/09.pdf>

30. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Queiroz ABA, Ferreira MA. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2014[cited 2016 Jul 13];67(1):13-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0013.pdf>
 31. Maron LC, Cabral FB, Sand ICP, Hidebrand LM. Motivos e repercussões da participação de gestantes em grupo operativo no pré-natal. *Rev Enferm UFSC*[Internet]. 2014[cited 2016 Jun 21];4(3):519-28. Available from: <http://periodicos.ufsc.br/reufsc/article/view/10827/pdf>
 32. Oliveira DC, Gomes AMT, Pontes APM, Costa CPM. Construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2011[cited 2017 Jan 20];15(4):838-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a25v15n4.pdf>
 33. Howell KH, Miller-Graff LE, Hasselle AJ, Scrafford KE. The unique needs of pregnant, violence-exposed women: a systematic review of current interventions and directions for translational research. *Agress Violent Behav*[Internet]. 2017[cited 2017 Apr 10]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.021>
 34. Corrêa DAM. Religião e saúde: um estudo sobre as representações do fiel carismático sobre os processos de recuperação de enfermidades nos grupos de oração da RCC em Maringá, PR. *Ciênc Cuid Saúde*[Internet]. 2006[cited 2016 Feb 21];5(Supl):134-41. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5179/3351>
-