FERNANDA DEMUTTI PIMPÃO

PROPOSTA DE PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA: HISTÓRICOS, DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM À LUZ DE HORTA FUNDAMENTADA EM NANDA

RIO GRANDE

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MESTRADO EM ENFERMAGEM

PROPOSTA DE PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA: HISTÓRICOS, DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM À LUZ DE HORTA FUNDAMENTADA EM NANDA

FERNANDA DEMUTTI PIMPÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa O Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

RIO GRANDE

2012

P644p Pimpão, Fernanda Demutti.

Proposta de processo de enfermagem em Unidade de Internação Obstétrica : históricos, diagnósticos e cuidados de enfermagem à luz de Horta fundamentada em NANDA / Fernanda Demutti Pimpão. – 2012.

121 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem .

Orientador: Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho.

1. Processos de Enfermagem 2. Diagnóstico de enfermagem 3. Enfermagem obstétrica I. Lunardi Filho, Wilson Danilo II. Título.

CDU: 616-083:618.2

Catalogação na fonte: Bibliotecário Michel Castro Lucas CRB 10/1804

FERNANDA DEMUTTI PIMPÃO

PROPOSTA DE PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA: HISTÓRICOS, DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM À LUZ DE HORTA FUNDAMENTADA EM NANDA

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 29 de março de 2012, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

_____

Helena Heidtmann Vaghetti

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
_____ Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho – Presidente (FURG)
_____ Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti – Membro Externo (UFRGS)
_____ Dra. Nalú da Costa Kerber – Membro Interno (FURG)
_____ Dra. Rosemary Silva da Silveira - Suplente Interno (FURG)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Luiz Fernando Troina da Silva Pimpão e Enilda de Fátima Demutti Pimpão,
pelo apoio, incentivo e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus,
por me dar força e coragem para superar as dificuldades e vencer os desafios.

Aos meus pais, Luiz Fernando Troina da Silva Pimpão e Enilda de Fátima Demutti Pimpão,
pela dedicação e incentivo aos meus estudos.

À minha irmã, Letícia Demutti Pimpão,
pelo respeito e apoio nas minhas escolhas.

Ao meu noivo, Ibere Cardoso Martins,
pelo companheirismo, incentivo, apoio em favor do meu crescimento profissional e compreensão diante das ausências.

Aos amigos,
pelo apoio e compreensão diante das ausências.

Ao meu orientador, Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho,
pelos ensinamentos, pela compreensão e pela confiança em minha capacidade como pesquisadora. Meu eterno respeito e gratidão.

À Drª Valéria Lerch Lunardi,
pelo incentivo à pesquisa, por acreditar em mim e pelas oportunidades de aprendizado.

À banca examinadora, Drª Nalú da Costa Kerber, Drª Rosemary Silva da Silveira e Drª Maria da Graça Oliveira Crossetti,
pela disponibilidade, dedicação e contribuições na construção do conhecimento.

À Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Helena Heidtmann Vaghetti,
pelo incentivo, apoio e por compartilhar seus conhecimentos.

Aos demais docentes da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
pelos ensinamentos que me possibilitaram o crescimento pessoal e profissional.

Aos servidores técnicos e administrativos da Escola de Enfermagem e da FURG,
pela eficiência, disponibilidade e atenção.

Às enfermeiras da Unidade de Internação Obstétrica,
pela disponibilidade, atenção e participação, sem as quais este estudo não teria tanta relevância.

À querida e eterna amiga, Rosiane Filipin Rangel,
por dividir as angústias, compartilhar o aprendizado e tornar essa caminhada mais alegre.

Aos demais amigos e colegas do mestrado,
por possibilitar esse aprendizado coletivo, compartilhando discussões, dúvidas e angústias.

A todos aqueles que não estão aqui citados, mas que, de alguma forma, contribuíram nesta trajetória,
meus sinceros agradecimentos.

"Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
E ser feliz"
(Almir Sater)

RESUMO

PIMPÃO, Fernanda Demutti. **Proposta de Processo de Enfermagem em Unidade de Internação Obstétrica:** históricos, diagnósticos e cuidados de enfermagem à luz de Horta fundamentada em NANDA. 2012. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

O presente estudo teve como objetivo geral elaborar uma proposta de processo de enfermagem contemplando históricos de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, prescrição de cuidados de enfermagem para gestantes e puérperas em Unidade de Internação Obstétrica à luz de Horta, fundamentada em NANDA e, como objetivos específicos: identificar os dados clínico-obstétricos mais frequentes das gestantes em Unidade de Internação Obstétrica; identificar os dados clínico-obstétricos mais frequentes das puérperas em Unidade de Internação Obstétrica; identificar os diagnósticos de enfermagem a partir dos dados clínico-obstétricos mais frequentes das gestantes em Unidade de Internação Obstétrica; identificar os diagnósticos de enfermagem a partir dos dados clínico-obstétricos mais frequentes das puérperas em Unidade de Internação Obstétrica; elaborar modelos de histórico de enfermagem e de prescrição de cuidados de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem identificados; e obter o consenso dos enfermeiros assistenciais da Unidade de Internação Obstétrica sobre a proposta construída. Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada em uma Unidade de Internação Obstétrica de um hospital universitário do Sul do Brasil. Realizou-se uma consulta documental em 148 prontuários, com vistas à identificação dos diagnósticos e cuidados de enfermagem, baseados, respectivamente, na taxonomia II da *North American Diagnosis Association* 2009-2011 e da *Nursing Intervention Classification*. Desenvolveu-se um modelo de histórico de enfermagem para gestante/puérpera e outro para o recém-nascido. No total, identificaram-se 26 diagnósticos de enfermagem, assim distribuídos: nove direcionados às gestantes; nove, às puérperas; dois, ao binômio mãe/filho; seis, ao recém-nascido. A análise foi realizada por meio da apresentação da proposta construída e discussão com base em autores da área. Com isso, almeja-se contribuir para direcionar o cuidado de enfermagem às necessidades das gestantes, puérperas, binômios mãe/filho e recém-nascidos nesse microcenário, favorecendo a educação em saúde, a identificação precoce e a prevenção de complicações. Permanecem lacunas quanto às necessidades psicoespirituais, visto que elas não foram abordadas nos resultados. Assim, essa proposta de Processo de Enfermagem em Unidade Obstétrica contemplando históricos, diagnósticos e cuidados de enfermagem mantém em aberto o aperfeiçoamento do modelo, visando à inclusão de outros diagnósticos de enfermagem, de forma a aproximar-se de um cuidado mais holístico.

Descritores: Processos de Enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Enfermagem obstétrica. Enfermagem.

ABSTRACT

PIMPÃO, Fernanda Demutti. **Proposal of Nursing Process in obstetric inpatient unit:** nursing history, nursing diagnosis, nursing care in light of Horta and based in NANDA. 2012. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.

This study had a general purpose to develop a proposal of Nursing Process including nursing history, nursing diagnosis, nursing care to pregnant women and post-partum in obstetric inpatient unit in light of Horta and based in NANDA. The specific purposes were identify the most frequent clinical and obstetric data of pregnant women in obstetric inpatient unit; identify the most frequent clinical and obstetric data of postpartum women in obstetric inpatient unit; identify the nursing diagnosis by the most frequent clinical and obstetric data of pregnant women in obstetric inpatient unit; develop a models of nursing history and nursing care for the nursing diagnoses identified; and obtain the consensus of the nurses in obstetric inpatient unit about the proposal developed. It is a qualitative, descriptive and exploratory study, performed in an obstetric inpatient unit of a university hospital in southern Brazil. We carried out a consultation document in 148 patient's medical notes in order to identify the diagnoses and nursing care, to be based on Taxonomy II of the North American Diagnosis Association 2009-2011 and Nursing Intervention Classification. We developed a model of historical nursing pregnant / postpartum women and one for the newborn. In total, we identified 26 nursing diagnoses, as follows: nine targeted to pregnant women, nine to postpartum women, two to binomial mother / child, six to newborn. The analysis was performed through the presentation of the Nursing Process that was discussed based in experts authors. With this study we hope to contribute to direct the nursing care to a pregnant women, postpartum women, binomial mother / child and newborn's needs of in small space, favoring health education, early identification and prevention of complications. Remain gaps in psychospiritual needs, because they won't appear in the results. Thus, this proposed Nursing Process including nursing history, nursing diagnosis, nursing care to pregnant women and post-partum in obstetric inpatient unit leaves open the improvement of the model aiming at the inclusion of other nursing diagnoses in order to approach a more holistic care.

Descriptores: Nursing Process. Nursing diagnosis. Obstetrical nursing. Nursing.

RESUMEN

PIMPÃO, Fernanda Demutti. **Propuesta de Proceso de Enfermería en unidad de hospitalización de obstetricia:** historia de enfermería, diagnósticos de enfermería, cuidados de enfermería bajo el Horta y fundamentada en NANDA. 2012. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.

Este estudio tiene como objetivo general desarrollar una propuesta de Proceso de Enfermería contemplando historia de enfermería, diagnósticos de enfermería, cuidados de enfermería para mujeres embarazadas y para puérperas en unidad de hospitalización obstétrica bajo el Horta y fundamentada en NANDA. Los objetivos específicos son identificar los datos clínicos y obstétricos más frecuentes de las mujeres embarazadas en unidad de hospitalización obstétrica; identificar los datos clínicos y obstétricos más frecuentes de la puérpera en unidad de hospitalización obstétrica; identificar los diagnósticos de enfermería a partir de los datos clínicos y obstétricos más frecuentes de las mujeres embarazadas en unidad de hospitalización obstétrica; identificar los diagnósticos de enfermería a partir de los datos clínicos y obstétricos más frecuentes de las puérperas en unidad de hospitalización obstétrica; elaborar modelos de historia de enfermería y de cuidados de enfermería para los diagnósticos de enfermería identificados; y obtener lo consenso de los enfermeros de la unidad de hospitalización obstétrica sobre la propuesta construida. Se trata de um estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado en una unidad de hospitalización de obstetricia de un hospital universitario en el sur de Brasil. Se realizó una consulta documental en 148 prontuarios de los pacientes con el fin de identificar los diagnósticos y cuidados de enfermería, basados en la taxonomía II de la North American Diagnosis Association 2009-2011 y la Nursing Intervention Classification. Hemos desarrollado un modelo de histórico de enfermería para las mujeres embarazadas/puérperas y otro para el recién nacido. En total, se identificaron 26 diagnósticos de enfermería, de la siguiente manera: nueve dirigidos a las mujeres embarazadas, nueve para las puérperas, dos para el binomio madre / hijo, y seis para el recién nacido. El análisis se realizó através de la presentación y discusión de la propuesta de Proceso de Enfermería sobre la base de los autores da area. Con esto, pretendemos contribuir a dirigir los cuidados de enfermería para las necesidades de mujeres embarazadas, puérperas, binomios madre / hijo y el recién nacido en microcenário, favoreciendo la educación para la salud, la identificación temprana y la prevención de las complicaciones. Quedan lagunas en las necesidades psico-espiritual ya que no se abordaron en los resultados. Por lo tanto, esta propuesta de Proceso de Enfermería deja abierta la mejora del modelo con miras a la inclusión de otros diagnósticos de enfermería con el fin de acercarse a una atención más integral.

Descritores: Procesos de Enfermería. Diagnóstico de enfermería. Enfermería obstétrica. Enfermería.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Funções do enfermeiro segundo Horta..... 36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Níveis de classificação das necessidades humanas básicas de Horta..... 33
Quadro 2 – Alterações de saúde mais frequentes das gestantes..... 51
Quadro 3 – Alterações de saúde mais frequentes das puérperas..... 51
Quadro 4 – Diagnósticos de enfermagem identificados de acordo com os fatores relacionados e características definidoras encontrados nos prontuários das gestantes..... 53
Quadro 5 – Diagnósticos de enfermagem identificados de acordo com os fatores relacionados e características definidoras encontrados nos prontuários das puérperas..... 53
Quadro 6 – Diagnósticos de enfermagem identificados de acordo com os fatores relacionados e características definidoras encontrados nos prontuários dos binômios mãe/recém-nascido..... 54
Quadro 7 – Diagnósticos de enfermagem e cuidados de enfermagem elencados para gestantes..... 55
Quadro 8 – Diagnósticos de enfermagem e cuidados de enfermagem elencados para puérperas..... 56
Quadro 9 – Diagnósticos de enfermagem e cuidados de enfermagem elencados para binômios mãe/recém-nascido..... 58
Quadro 10 – Diagnósticos de enfermagem e cuidados de enfermagem elencados para recém-nascidos..... 58
Quadro 11 – Modelo de histórico de enfermagem para a gestante/puérpera..... 60
Quadro 12 – Modelo de histórico de enfermagem para o recém-nascido..... 61

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

D − Direita
DHEG − Doença hipertensiva específica da gestação
DM − Diabetes mellitus
E − Esquerda
EV − Endovenosa
FC − Frequência cardíaca
FR − Frequência respiratória
FURG − Universidade Federal do Rio Grande
HAS − Hipertensão arterial sistêmica
HIV − Vírus da Imunodeficiência Humana
HU − Hospital Universitário
IM − Intramuscular
ITU − Infecção do trato urinário
LEPE − Lei do Exercício Profissional da Enfermagem
MS − Ministério da Saúde
NANDA − *North American Nursing Diagnosis Association*
NIC − Classificação das intervenções de enfermagem
NSA − Não se aplica
PA − Pressão arterial
PE − Processo de Enfermagem
PPGENF − Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RN − Recém-nascido
SAE − Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIDA − Síndrome da Imunodeficiência Humana
SQN − Sempre que necessário
Tax − Temperatura axilar
TPP − Trabalho de parto prematuro
UIO − Unidade de Internação Obstétrica

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO 15

2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS 16

3 OBJETIVOS 23
3.1 OBJETIVO GERAL 23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 23

4 REFERENCIAL TEÓRICO 24
4.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO 24
4.2 MODELO CONCEITUAL DE ENFERMAGEM..... 31
4.3 ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM 317

5 CAMINHO METODOLÓGICO..... 44
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA..... 44
5.2 LOCAL DA PESQUISA..... 45
5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA 46
5.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS 47
5.5 ANÁLISE DOS DADOS 49
5.6 ASPECTOS ÉTICOS..... 49

6 RESULTADOS 50

7 DISCUSSÃO 63
7.1 ARTIGO 1 64
7.2 ARTIGO 2 78

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 93

REFERÊNCIAS..... 95

ANEXOS 101

APÊNDICES 104

1 APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado, intitulada "Proposta de Processo de enfermagem em Unidade de Internação Obstétrica: históricos, diagnósticos e cuidados de enfermagem à luz de Horta fundamentada em NANDA", está assim estruturada: considerações iniciais, objetivos, referencial teórico, caminho metodológico, resultados, discussão dos resultados, na forma de dois artigos científicos, e considerações finais.

Nas considerações iniciais, discorre-se acerca da evolução da enfermagem como ciência da área da saúde, em especial com relação ao desenvolvimento das teorias de enfermagem e do Processo de Enfermagem (PE). Problematizam-se a questão da não adoção do PE na grande maioria dos espaços de atuação da profissão, sobretudo na área obstétrica, e as fragilidades de sua aplicação. Ao final, apresenta-se a questão de pesquisa. Após essas considerações, listam-se os objetivos geral e específicos do estudo.

O referencial teórico está dividido em três capítulos. No primeiro, abordam-se aspectos relevantes da saúde materna e explora-se o estado da arte do PE, enfocando os diagnósticos de enfermagem na gestação e no puerpério. No segundo, apresenta-se o modelo conceitual escolhido para o desenvolvimento da proposta de PE: a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Por fim, no terceiro capítulo, se expõe a estrutura organizacional do PE, destacando as etapas adotadas neste estudo.

O caminho metodológico demonstra estes passos percorridos para o alcance dos objetivos propostos: a caracterização da pesquisa, o local da pesquisa, os participantes da pesquisa, os procedimentos da coleta de dados, a análise dos dados e os aspectos éticos.

Nos resultados, são descritas as informações coletadas nos prontuários das gestantes e puérperas em uma Unidade de Internação Obstétrica (UIO), as quais possibilitaram a construção da proposta de diagnósticos de enfermagem, prescrição de cuidados de enfermagem e o desenvolvimento dos históricos de enfermagem.

A discussão está estruturada em dois artigos científicos: no primeiro, intitulado “Processo de Enfermagem para gestantes à luz de Horta fundamentado em NANDA”, apresentam-se os diagnósticos e cuidados de enfermagem elencados para as gestantes em UIO; no segundo, intitulado “Proposta de Processo de Enfermagem para binômios mãe/filho em alojamento conjunto”, expõem-se os diagnósticos e cuidados de enfermagem para puérperas, binômios mãe/filho e recém-nascidos em Alojamento Conjunto.

Por fim, nas considerações finais, retomam-se os principais resultados do estudo, avaliam-se o alcance dos objetivos propostos e as potencialidades e fragilidades percebidas ao longo desta caminhada.

2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A enfermagem como profissão é desenvolvida num determinado contexto socioeconômico, cultural e político, sendo influenciada pelo cenário em que está inserida. Concomitantemente, ela promove mudanças, as quais são estendidas para além dos ambientes de sua práxis. Portanto, pode-se afirmar que a enfermagem configura-se como uma prática social em constante construção e desenvolvimento dos diferentes saberes e fazeres da profissão pelos diferentes atores sociais.

Atualmente, a enfermagem ainda luta pelo reconhecimento e valorização como ciência da área da saúde, por meio do desenvolvimento de conhecimentos técnicos e científicos próprios da profissão. Além disso, como prática comprometida ética e socialmente com o ser humano, caminha em busca de melhorias no sistema de saúde brasileiro,[1] a fim de materializar, nas práticas de saúde, os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), que são: universalidade, equidade e integralidade.[2] Assim, diversos modelos e teorias de enfermagem foram e estão sendo desenvolvidos constantemente, com o intuito de abandonar uma prática baseada num saber empírico, para ter como escopo da profissão o saber científico (MARQUES; LIMA, 2008; GARCIA; NÓBREGA, 2010).

Nos Estados Unidos, a partir da década de 1950, a enfermagem configura-se como formação de nível universitário, seguida da criação de cursos de pós-graduação. Com isso, houve crescimento substancial no número de enfermeiros mestres e doutores preocupados em construir um corpo de conhecimentos próprio da profissão capaz de defini-la como ciência – esses foram os responsáveis pela criação das primeiras teorias de enfermagem. Tal movimento em direção à maior cientificidade da profissão não se restringiu apenas aos

[1] A Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007, do Conselho Federal de Enfermagem, que estabelece o novo Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, apresenta, na página 1, nos seus princípios fundamentais, dentre outras questões, a enfermagem como uma "profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade [...]; participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem a satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas [...]. O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões" (COFEN, 2007).

[2] A **universalidade** é "a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. [...] Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal. A **equidade** é assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira [...]. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos. [...] A **integralidade** é o reconhecimento na prática dos serviços de que: [...] 'O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde'" (BRASIL, 1990).

enfermeiros norte-americanos, mas difundiu-se em âmbito mundial (GARCIA; NÓBREGA, 2010).

No Brasil, na segunda metade do século XIX, as ideias de Florence Nightingale, considerada a precursora da enfermagem moderna, começaram a ser divulgadas e possibilitaram vislumbrar a profissão com novas lentes, refletindo diferentes óticas teórico-filosóficas. Nesse contexto, Wanda de Aguiar Horta foi responsável pelo pioneirismo na enfermagem brasileira, ao ser a primeira enfermeira a divulgar o conhecimento produzido pelos teóricos de enfermagem norte-americanos e a explicitar a importância da aplicação dessas teorias por meio do PE. Posteriormente, em 1974, ela formulou sua própria teoria, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (GARCIA; NÓBREGA, 2010).

Desde então, expandiu-se o conhecimento e desenvolveram-se novas teorias de enfermagem, tendo em vista a sua função de subsidiar a prática assistencial do enfermeiro, a fim de melhor redirecionar suas ações. Atualmente, muitas instituições de saúde vêm implementando essas diferentes teorias, possibilitando ultrapassar a esfera biológica e atender também as dimensões social, psíquica e espiritual do indivíduo.[3] Assim, a tendência é o foco da assistência tornar-se cada vez mais centrado no indivíduo, ao invés da doença, contribuindo para a melhoria da assistência (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

No tangente ao PE, observa-se um crescente desenvolvimento dessa metodologia desde a década de 1970, uma trajetória que pode ser dividida em três gerações. A primeira caracterizou-se pelo enfoque na avaliação e identificação dos problemas de enfermagem; a segunda centrou-se nos diagnósticos de enfermagem; e a terceira geração, desde o final da década de 1980 até os dias atuais, empreende esforços na padronização e classificação dos diagnósticos, intervenções e resultados em enfermagem (CRUZ, 2008).

No Brasil, o crescente número de publicações acerca do PE parece evidenciar a preocupação que a enfermagem tem conferido ao tema, envolvendo desde pesquisas científicas, revisões de literatura/bibliográficas e relatos de experiência de implantação e implementação desse método de assistência, seja pelas instituições, seja por grupos de pacientes ou por setores específicos de assistência da enfermagem, tais como: clínica médica, unidade de tratamento intensivo, clínica cirúrgica, dentre outros (SPERANDIO; ÉVORA,

[3] Os termos indivíduo, usuário de saúde e paciente serão utilizados ao longo deste texto. Considerarei indivíduo quando o objetivo for destacar o ser humano como um ser único na sua multidimensionalidade (biopsicosocioespiritual); portanto, dotado de características individuais que devem ser consideradas durante a assistência de enfermagem. Usuário de saúde remete à conotação de direito à saúde de forma digna, com espaço para o exercício da autonomia e construção da cidadania, possibilitando ao usuário ser sujeito do seu cuidado. Paciente será utilizado quando a referência for ao contexto de unidade de terapia intensiva, pois, em geral, ele é totalmente dependente da assistência de enfermagem devido ao coma induzido ou natural.

2003; AQUINO, 2004; HERMIDA; ARAÚJO, 2006; LONGARAY; ALMEIDA; CEZARO, 2008; PIVOTO, 2008; SCHWEGBER, 2008; CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

Nota-se que a maioria dos estudos abordam a saúde do adulto, seja sob o ponto de vista clínico, cirúrgico ou crítico, no âmbito hospitalar. No entanto, no que se refere à saúde materna e neonatal, parece que o foco do PE não é tão enfatizado, possivelmente pela ideia de que a gestação, por ser um evento fisiológico, ainda que acarrete internação hospitalar, na maioria dos casos não demanda tantos cuidados de enfermagem, quando comparada à internação de um paciente crítico.

Ao analisar a produção científica da enfermagem acerca do PE no ciclo gravídico-puerperal, foram encontrados estudos que tratam da assistência de enfermagem no pré-natal (LACAVA; BARROS, 2004; PEREIRA; BACHION, 2005; ALVES et al., 2006; ARCANJO et al., 2006), na gestação de alto risco (BARROS; COSTA, 1999; FARIAS; NÓBREGA, 2000; VAZ; BARROS, 2002; GOUVEIA; LOPES, 2004; REINERS et al., 2009; AGUIAR et al., 2010) e no parto (SUMITA; ABRÃO; MARIN, 2005), sendo o foco principal os diagnósticos de enfermagem e, em menor grau, as intervenções de enfermagem ou cuidados de enfermagem.

Com relação ao PE no puerpério, a maioria dos estudos tem como base as consultas de enfermagem efetivadas no nível ambulatorial (ABRÃO; GUTIERREZ; MARIN, 2005; VIEIRA et al., 2010a) ou no contexto da comunidade (VIEIRA et al., 2010b; CHAVES et al., 2011), enquanto que somente três pesquisas fazem referência ao cuidado de enfermagem no AC (PATINE; FURLAN, 2006; GERK et al., 2006; SOARES; GAIDZINSKI; CIRICO, 2010), o que indica uma lacuna na produção científica direcionada a essa clientela: puérpera e recém-nascido.

A maioria dos estudos consultados concentra-se na identificação dos diagnósticos de enfermagem, segundo a classificação da NANDA *International* (NANDA-I), sendo que apenas três (BARROS; COSTA, 1999; FARIAS; NÓBREGA, 2000; AGUIAR et al.; 2010) deles relacionam os diagnósticos encontrados com as possíveis intervenções de enfermagem capazes de serem prestadas ao paciente. Contudo, ressalta-se que as intervenções da *Nursing Intervention Classification* (NIC) foram citadas somente em dois estudos: um demonstrando a relação dos diagnósticos de enfermagem identificados com as possíveis intervenções de enfermagem e, outro, cujo objetivo foi identificar as atividades de enfermagem realizadas no AC, classificá-las em intervenções, segundo a NIC, e validá-las (AGUIAR et al., 2010; SOARES; GAIDZINSKI; CIRICO, 2010).

A temática do PE tornou-se o foco da minha atenção por dois motivos principais: primeiro, por ser um método de organizar a assistência de enfermagem, em consonância com as necessidades básicas do indivíduo; segundo, porque percebi, ainda enquanto estudante, o hiato existente entre a teoria disposta em livros e o cotidiano laboral da profissão.

Na teoria e no decorrer da graduação, o PE era uma metodologia de assistência da profissão valorizada no processo de ensino-aprendizagem, capaz de conferir cientificidade, qualidade, eficiência e individualização no cuidado de enfermagem. Por outro lado, a organização do trabalho da enfermagem, no âmbito hospitalar, não contemplava a adoção desse método de assistência, tampouco os profissionais realizavam a documentação do seu fazer na totalidade. Usualmente, o PE era aplicado em sua totalidade e devidamente registrado no prontuário do paciente apenas pelos discentes de graduação em enfermagem, sob a solicitação dos docentes, no período de suas atividades práticas, por ocasião de disciplinas do curso e de estágios curriculares, como uma possibilidade de exercer o raciocínio clínico e de capacitar-se para realizar esse método na assistência. Na maioria das vezes, não havia articulação entre discentes/docentes e a equipe de enfermagem, a fim de garantir que o registro do PE pudesse contribuir para a continuidade da assistência, pois ele não era valorizado pela equipe de enfermagem e menos ainda pelos demais profissionais de saúde.

Sendo assim, surgiram os seguintes questionamentos: por que o PE é desvalorizado pelos profissionais de enfermagem, visto que seu objetivo é qualificar a assistência? O que pensam esses profissionais acerca dessa metodologia de assistência? Por que, em alguns locais, sobretudo em um hospital universitário, cujo compromisso com o ensino deveria ser primordial, não se prioriza a adoção do PE no fazer da profissão? Será que esses profissionais compreendem a importância dos registros de enfermagem para uma assistência mais qualificada ao paciente? Como exigir que outros profissionais da área da saúde valorizem o PE, se os enfermeiros responsáveis pela sua implantação parecem não lutar por sua concretização no cotidiano de trabalho?

Diante dessas inquietações e com o anseio de obter esclarecimentos quanto à não utilização e desvalorização do PE, em atenção à proposta da Disciplina de Exercício de Enfermagem, do 5º semestre de graduação em enfermagem, elaborei um projeto de pesquisa, que posteriormente foi desenvolvido, quando atuei como Bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Pesquisa (IC/CNPq).

O objetivo desse estudo foi conhecer a percepção da equipe de enfermagem acerca da prescrição de enfermagem nas unidades de internação pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas de um hospital filantrópico localizado no Sul do Rio Grande do Sul. Esse hospital,

desde 2007, havia implantado o PE nas unidades de internação, fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. De fato, os resultados evidenciaram aquilo que a teoria já indicava: a prescrição de enfermagem como elemento essencial ao exercício da profissão, capaz de melhor direcionar os cuidados de enfermagem, visando a atender as necessidades em saúde do paciente, favorecendo, dessa forma, a qualidade da assistência (PIMPÃO et al., 2010a).

Mais adiante, como Trabalho de Conclusão de Curso, investiguei a percepção dos membros da equipe de enfermagem sobre a importância dos registros para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)[4] [leia-se Processo de Enfermagem], em uma unidade de clínica médica de um localizado no Sul do Rio Grande do Sul. Nesse cenário de investigação, os resultados do estudo apenas evidenciaram aquilo já observado empiricamente: insuficiente documentação do fazer da enfermagem, registrado de forma fragmentada em diversos impressos, ainda que os enfermeiros reconhecessem a importância desses registros em vários aspectos, sobretudo para a continuidade e qualidade da assistência (PIMPÃO et al., 2010b).

Outros autores também se coadunam à ideia do PE como essencial para nortear e qualificar os cuidados de enfermagem, acrescentando outros benefícios advindos da sua adoção no fazer da enfermagem: permite aplicar e aperfeiçoar o conhecimento da profissão; fornece uma estrutura padronizada que facilita a comunicação entre os enfermeiros; direciona o enfoque holístico[5]; permite atingir resultados com custo efetivo, além de possibilitar a avaliação dos cuidados prestados; caracteriza e delimita a profissão, conferindo maior visibilidade, autonomia[6] e satisfação profissional; permite assumir a responsabilidade ética e legal da profissão, por meio da documentação da assistência de enfermagem (HORTA, 1979; AQUINO, 2004; ALFARO-LEFEVRE, 2010; BACHION; RAMOS; ANTUNES, 2010; PIVOTO, 2008; TANNURE; PINHEIRO, 2010.).

Mesmo sendo inúmeros os benefícios da utilização do PE, no cenário da UIO do Hospital Universitário Dr. Miguel Riêt Corrêa Jr. da FURG, percebe-se que não há instrumentos padronizados para a documentação do saber/fazer da enfermagem pelos

[4] Atualmente denominada de Processo de Enfermagem, conforme Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009).

[5] Entende-se por enfoque holístico quando o enfermeiro considera as dimensões psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual ao avaliar o paciente.

[6] "Autonomia significa a possibilidade de o ser humano ser capaz de decidir sobre o que é melhor para si, cuja concepção central é a autogovernabilidade. Em outras palavras, a pessoa é soberana para decidir sobre si mesma, mas sempre com base em deliberações determinadas por grupos sociais. A autonomia é uma categoria de liberdade e respeito. Respeitar o paciente é permitir-lhe o direito de decidir livremente sobre si mesmo e sobre seu bem-estar, de ser esclarecido e consentir sobre as ações do enfermeiro. Para tanto, é necessária a construção de uma inter-reação, com decisões compartilhadas e trocas de informações efetivas" (BARROS et al., 2010).

profissionais que ali atuam, os quais comumente registram resumidamente as condições de saúde das pacientes internadas no denominado livro de intercorrências. As informações são documentadas nesse livro a cada plantão de 6h diurno e 12h noturno, servindo de base para a realização da passagem de plantão. Em geral, no prontuário da paciente, observam-se registros de enfermagem realizados por acadêmicos de enfermagem, durante sua estada na unidade no cumprimento de disciplinas teórico-práticas do eixo curricular. Esses registros se referem ao histórico de enfermagem, em menor grau aos diagnósticos e cuidados de enfermagem, e a maioria refere-se à evolução de enfermagem.

Sabe-se que a não documentação do saber/fazer da enfermagem não significa que os enfermeiros se isentem da avaliação da paciente, identificação dos problemas de enfermagem e planejamento da assistência a ser prestada. Contudo, a utilização do PE, sobretudo dos DE's pode melhor direcionar a avaliação e, consequentemente, a assistência profissional para as necessidades de saúde das gestantes, puérperas e recém-nascidos.

Diante do exposto, parece que a produção científica na área de obstetrícia carece de maiores investimentos, considerando que vivenciamos a terceira geração do PE, cujo enfoque está na identificação dos diagnósticos, intervenções e resultados em enfermagem. Da mesma forma, o cenário da UIO do Hospital Universitário da FURG, configura-se como excelente campo de investimento, visto que nesse ambiente o processo de trabalho da enfermagem não contempla instrumentos padronizados que possibilitem a documentação do seu saber/fazer, tampouco, que facilitem a identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Compreendo o PE como um método de assistência que possibilita um fazer mais científico, eficiente, qualificado e individualizado, contribuindo para alcançar resultados de enfermagem e para impactar positivamente a saúde de gestantes, puérperas e recém-nascidos. Por isso, quando ingressei no curso de mestrado em enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf/FURG), permanecendo na linha de pesquisa “O Trabalho da Enfermagem/Saúde”, propus-me a somar esforços em busca da construção do PE da UIO do Hospital Universitário da FURG.

Entendo que a adoção do PE no cotidiano da profissão pode ser facilitada pelo uso de instrumentos padronizados, os quais possibilitem otimizar o tempo dispensado na coleta e avaliação das pacientes obstétricas. Dessa forma, almeja-se com esse estudo contribuir para a futura adoção do PE, sobretudo a partir da identificação dos DE's mais frequentemente encontrados na UIO do Hospital Universitário da FURG, visto que sua utilização ainda não é uma rotina do serviço de enfermagem. Portanto, urge a necessidade de avançar na assistência de enfermagem com o desenvolvimento de instrumentos padronizados que favoreçam a

implantação e implementação do PE no cotidiano profissional da UIO do Hospital Universitário da FURG. Dessa forma, pode-se melhor direcionar o cuidado de enfermagem à gestante, puérpera e ao recém-nascido, além de explicitar o saber/fazer da profissão bem como cumprir o disposto na Resolução 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem.

A partir do exposto, emergiu a seguinte questão de pesquisa: como direcionar a assistência de enfermagem para as necessidades humanas básicas de gestantes e puérperas em Unidade de Internação Obstétrica?

3 OBJETIVOS

A fim de responder à questão de pesquisa, apresentam-se, a seguir, o objetivo geral e os objetivos específicos deste estudo.

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar uma proposta de PE contemplando históricos de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, prescrição de cuidados de enfermagem para gestantes e puérperas em Unidade de Internação Obstétrica à luz de Horta, fundamentada em NANDA.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os dados clínico-obstétricos mais frequentes das gestantes em Unidade de Internação Obstétrica;
- Identificar os dados clínico-obstétricos mais frequentes das puérperas em Unidade de Internação Obstétrica;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem a partir dos dados clínico-obstétricos mais frequentes das gestantes em Unidade de Internação Obstétrica;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem a partir dos dados clínico-obstétricos mais frequentes das puérperas em Unidade de Internação Obstétrica;
- Elaborar modelos de histórico de enfermagem e de prescrição de cuidados de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem identificados;
- Obter o consenso dos enfermeiros assistenciais da Unidade de Internação Obstétrica sobre a proposta construída.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo está estruturado em três partes. Inicialmente, abordam-se alguns aspectos relevantes da saúde materna e exploram-se estudos que tratam do PE, mais com foco nos diagnósticos de enfermagem, na gestação e no puerpério. Em seguida, apresenta-se o modelo conceitual adotado para o desenvolvimento da proposta: a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. E, por fim, no terceiro capítulo, se expõe a estrutura organizacional do PE, destacando-se as quatro etapas consideradas neste estudo, quais sejam: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem (fundamentado na classificação da NANDA), prescrição de cuidados de enfermagem e evolução de enfermagem.

4.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO

Em âmbito mundial, a mortalidade materna apresenta distribuição disforme, ocorrendo, em geral, no período do parto e pós-parto imediato, consequente de hemorragia, hipertensão, infecção e abortamento. Nos países desenvolvidos, os óbitos ocorrem predominantemente por complicações de anestesia e da cesárea (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). Em 2005, cerca de 536.000 mulheres, em todo o mundo, morreram em decorrência de complicações no ciclo gravídico-puerperal, das quais 85% viviam em países subdesenvolvidos (BRASIL, 2009).

No Brasil, a hipertensão desponta como a principal causa de óbito materno, seguida de eclâmpsia, infecção puerperal e abortamento (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). A mortalidade materna, no ano de 2003, correspondeu a 1.572 óbitos, concentrando os maiores índices na região Nordeste e Sudeste e o menor na região Centro-Oeste (BRASIL, 2007). Segundo os dados preliminares do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), no ano de 2010, houve 1.581 óbitos maternos no país, sendo que a distribuição por região assemelha-se àquela de 2003. Isso sugere que, apesar da melhoria da cobertura e da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, nas duas últimas décadas, tais índices permaneceram elevados, indicando a precariedade da atenção à saúde, associada às baixas condições socioeconômicas desse grupo populacional (BRASIL, 2009).

Nesse cenário, uma das estratégias possíveis de impactar positivamente a assistência de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal pode ser a utilização do PE, sobretudo, no que se

refere aos diagnósticos e cuidados de enfermagem. Mais especificamente na área obstétrica, essa metodologia de assistência, além melhor direcionar o cuidado de enfermagem, pode auxiliar o enfermeiro a perceber a necessidade de solicitar a avaliação de outros profissionais de saúde. Em situações críticas, por exemplo, a atuação médica pode ser exigida, o que é primordial para instituir um tratamento em tempo hábil, de forma a tratar precocemente complicações gravídico-puerperais ou mesmo evitá-las.

Tendo em vista que, neste estudo, o interesse está especificamente na população atendida no cenário da UIO, ou seja, gestantes de alto risco, puérperas e binômios mãe/filho, considera-se relevante abordar os principais resultados de pesquisas que tratam do PE com enfoque nos diagnósticos de enfermagem direcionados para a gestação de risco e para o puerpério. Primeiramente, convém esclarecer esses termos para, posteriormente, abordar os estudos que tratam da temática em foco.

A gestação de alto risco, segundo Lowdermilk (2002, p. 583), "[...] consiste na ameaça à vida ou à saúde da mãe e do feto por um distúrbio coincidente ou exclusivo da gestação". Esse mesmo autor pontua que as complicações maternas estendem-se após o parto e, em geral, são resolvidas no período de 30 dias após o nascimento, enquanto que a repercussão da gestação de alto risco para o neonato pode se desdobrar em meses ou anos. Em geral, há quatro grandes grupos de fatores de risco: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas (BRASIL, 2001).

Em relação ao puerpério, convém elucidar que se trata de um período pelo qual a mulher passa por "manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna", além de experimentar a transição do papel gestante/mãe e todas as adaptações biopsicológicas decorrentes. De período variável, pode ser classificado em: puerpério imediato (do 1º ao 10º dia), puerpério tardio (do 10º ao 45º dia) e puerpério remoto (além do 45º dia) (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008, p. 186).

Iniciando a abordagem pelo período gestacional, estudo realizado no serviço de pré-natal de uma maternidade de São Paulo buscou construir um protocolo de levantamento de dados e identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em gestantes com anemia ferropriva (BARROS; COSTA, 1999). Os diagnósticos são nutrição alterada: ingesta menor que as necessidades corporais, relacionada à falta de alimentos; nutrição alterada: ingesta maior que as necessidades corporais, relacionada à falta de conhecimento nutricional; risco para infecção, relacionado à defesa secundária insuficiente pela diminuição de hemoglobina; manutenção do lar prejudicada, relacionada à falta de recursos financeiros suficientes; déficit

de conhecimento sobre alimentação adequada durante a gestação; risco para lesão fetal relacionada à diminuição da perfusão útero-placentária; risco para comprometimento, relacionado à dieta alimentar recomendada para o tratamento. Para esses diagnósticos, foram estabelecidos as possíveis intervenções de enfermagem e os resultados esperados (BARROS; COSTA, 1999).

Corroborando a anemia como uma doença frequente na gestação, outro estudo, realizado em uma unidade básica de saúde do município de Fortaleza/CE, identificou uma forte associação entre o diagnóstico fadiga em gestantes e as variáveis anemia e privação do sono. A anemia esteve presente em mais de 40% das gestantes (ALVES et al., 2006), demonstrando que o seu aparecimento na gravidez é comum; por isso, a enfermagem deve estar atenta aos primeiros sinais e sintomas, de forma a identificá-la precocemente e iniciar o tratamento em tempo hábil.

A anemia por deficiência de ferro (ferropriva) é o tipo mais comum de anemia durante a gravidez, cuja causa está associada a uma demanda aumentada de ferro e ácido fólico no último trimestre da gestação, devido a fatores nutricionais e à história reprodutiva anterior. Em geral, mulheres com intervalo inferior a dois anos entre os partos estão expostas a maior risco de sofrer anemias graves (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008). A incidência de complicações puerperais como, por exemplo, a infecção, aumenta sobremaneira nas gestantes com anemia. Sendo assim, o cuidado de enfermagem deve ser direcionado à melhora da nutrição, com orientações acerca de uma dieta adequada às necessidades da gestante, em conjunto com a suplementação de ferro (LOWDERMILK, 2002).

Com relação à intercorrência clínica mais frequente na gestação, a hipertensão ocorre em 10% dos casos, cuja evolução para pré-eclâmpsia, quando severa, pode ter repercussões negativas na saúde do binômio mãe/feto, levando a altos índices de prematuridade e retardo de crescimento fetal (BRASIL, 2006). Nessa direção, estudo efetuado na cidade de São Paulo demonstrou que a hipertensão arterial na gestação apresenta uma associação significativa com baixo peso e prematuridade do neonato (CHAIM; OLIVEIRA; KIMURA, 2008).

Nesse sentido, observa-se, ainda, que alguns estudos tratam especificamente do PE direcionado às gestantes com essa patologia, como, por exemplo, uma pesquisa realizada em uma maternidade-escola, situada na região Nordeste do Brasil. O objetivo foi elaborar um formulário de SAE a pacientes com Síndrome da Hipertensão Específica da Gestação, a partir da identificação dos diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia da *North American Diagnosis Association* (NANDA) 2009-2011. Os resultados apontaram 26 diagnósticos, sendo 11 os mais frequentes: risco de infecção; dor aguda; baixa autoestima situacional;

volume de líquidos excessivo; náusea; privação do sono; risco de função hepática prejudicada; eliminação urinária prejudicada; constipação; nutrição desequilibrada: menos/mais do que as necessidades corporais; e ansiedade (AGUIAR et al., 2010). Para identificação desses diagnósticos, 15 gestantes foram avaliadas, mediante aplicação de um histórico de enfermagem, fundamentado nos 13 domínios da NANDA. Dentre os diagnósticos encontrados, alguns têm relação com as mudanças fisiológicas próprias da gestação, enquanto outros advêm da especificidade da patologia abordada, trazendo relevantes contribuições para a assistência a esse grupo populacional (AGUIAR et al., 2010).

Outro estudo efetuado com gestantes hipertensas internadas, em um hospital universitário da região Centro-Oeste do Brasil, identificou 13 diagnósticos, sendo os mais frequentes: conhecimento deficiente sobre seu problema de saúde, manutenção ineficaz da saúde, controle ineficaz do regime terapêutico, ansiedade, padrão de sono perturbado, imagem corporal perturbada, padrão de sexualidade alterado e volume de líquidos excessivo. Outros menos frequentes, mas também importantes, foram: risco para constipação, conforto alterado, dor aguda, processos familiares interrompidos e medo (REINERS et al., 2009).

Percebe-se, em ambos os estudos, a ocorrência dos diagnósticos volume de líquidos excessivo e padrão do sono perturbado. O primeiro é oriundo, possivelmente, das respostas do organismo materno à hipertensão e o segundo, decorrente da preocupação da gestante com a sua própria saúde e a de sua prole. Sabe-se que o tratamento da hipertensão pode ser medicamentoso e não medicamentoso, para o qual a dieta representa um importante papel no controle da doença, além da prática de atividade física regular e moderada (BRASIL, 2005). No entanto, considerando que o aspecto emocional pode piorar a hipertensão, o cuidado de enfermagem deve ser orientado no sentido de tranquilizar a gestante, fornecendo informações claras e identificando pessoas significativas que possam fornecer suporte nesse momento.

Mesmo as gestantes de baixo risco apresentam necessidades que devem ser supridas, pois a gestação é um período de intensas mudanças. Assim, diferentes pesquisas com gestantes de baixo risco, durante consulta de pré-natal, em São Paulo e Goiás, apresentaram alguns diagnósticos de enfermagem em comum, a saber: nutrição desequilibrada (menos do que as necessidades corporais), incontinência urinária por pressão, padrão do sono perturbado, comportamento de busca de saúde, membrana mucosa oral prejudicada, integridade tissular prejudicada, risco para membrana mucosa oral prejudicada, risco para integridade tissular prejudicada (LACAVA; BARROS, 2004; PEREIRA; BACHION, 2005). Alguns desses diagnósticos representam as respostas do organismo frente às mudanças no corpo materno, enquanto outros podem sinalizar o descuidado das gestantes com sua saúde, seja por

desconhecimento ou por falta de recursos financeiros. Isso evidencia o quanto o aspecto social pode interferir nas condições de saúde da população, o que alerta os profissionais de saúde e de enfermagem a enfatizarem a educação em saúde para o autocuidado.

Em especial, no caso do HIV na gestação, a educação em saúde assume uma dimensão ainda maior, à medida que, para prevenir a infecção vertical, a mulher precisa procurar o serviço de saúde e se envolver no autocuidado. Segundo dados do Ministério da Saúde (2010), a taxa de transmissão vertical do HIV pode chegar a 20%; porém, ela pode ser reduzida para 1%, se a gestante seguir todas as recomendações médicas, como tratamento com antirretrovirais, durante a gestação, parto cesáreo e aleitamento materno ausente. Após o parto, o recém-nascido também deve ser submetido a tratamento com antirretrovirais.

Sabe-se que o diagnóstico de HIV requer uma série de cuidados decorrentes da doença, sendo um deles a transmissão via sexual, independentemente do sexo. Entretanto, no caso das mulheres, percebe-se que, mesmo sabendo do diagnóstico, muitas engravidam, seja pelo desejo de ter filhos, seja por não se cuidarem. Tal afirmação é comprovada em estudo efetuado com gestantes infectadas pelo HIV, em São Paulo, o qual identificou que 60% delas conhecia o diagnóstico antes de engravidar e cerca de 50% eram multíparas. Com relação aos diagnósticos encontrados nessas gestantes, os mais frequentes foram: risco para infecção, risco para lesão fetal, risco para transmitir infecção, controle ineficaz do regime terapêutico, medo, nutrição alterada: ingestão menor que as necessidades corporais, manutenção do lar prejudicada, integridade tissular prejudicada e déficit de conhecimento (VAZ; BARROS, 2002). O diagnóstico risco para transmitir infecção demonstra que essas mulheres soropositivas para o HIV não estão utilizando o preservativo como prática segura para prevenir a transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), sobretudo o HIV, e como um método eficaz de contracepção.

Da mesma forma, um estudo sugeriu um novo diagnóstico denominado risco para gravidez não planejada, devido ao fato de as puérperas afirmarem não usar ou desconhecer métodos contraceptivos (GERK et al., 2006). Isso alerta tanto os profissionais da enfermagem como das demais áreas da saúde sobre o quanto ainda se tem para avançar no tangente ao planejamento familiar, ressaltando que cada momento de acesso da mulher aos serviços de saúde pode ser aproveitado para reforçar essas informações.

Ademais, a prevenção da gravidez de alto risco e suas complicações pode e deve começar com um planejamento familiar adequado, que permita à mulher e à sua família escolher o melhor momento (biológico, psicológico e social) para engravidar; para tanto, o conhecimento dos métodos contraceptivos – tipo e forma de uso – é essencial, pois a

informação é o passo inicial para que a mulher compreenda o risco ao qual se expõe quando dispensa o uso do preservativo e reflita acerca do impacto que pode ter na sua vida e, principalmente, na vida de um recém-nascido, permitindo fazer suas escolhas com consciência.

Nesse contexto, o PE pode auxiliar a gestante a engajar-se no autocuidado, à medida que auxilia na identificação do problema e, a paciente em conjunto com a enfermagem, tenta resolvê-lo. Exemplo disso é a aplicação do PE em uma gestante de alto risco com diagnóstico de placenta prévia, em que a implementação da assistência de enfermagem ocorreu em quatro dias, com início no domicílio e término na maternidade. Devido a uma hemorragia intensa, a gestante foi levada ao hospital e submetida a uma cesárea de emergência, de forma a preservar o bem-estar materno e fetal. Ao longo desses quatro dias, identificaram-se 12 diagnósticos de enfermagem e enfatizaram-se as orientações referentes ao autocuidado. Assim, no quarto dia, a gestante demonstrou-se apta a cuidar de si e do seu concepto, recebendo alta hospitalar (FARIAS; NÓBREGA, 2000).

Percebe-se que a utilização do PE auxiliou o enfermeiro a identificar as necessidades afetadas na gestante e a trilhar um caminho na busca da resolução dos seus problemas. Dito de outro modo, a enfermagem, ao fazer uso do PE, pode direcionar a assistência para os problemas reais e/ou potenciais de gestantes e binômios mãe/filho e, dessa forma, ser capaz de promover mudanças de comportamento, na busca de saúde.

Outra pesquisa, cujo objetivo foi identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nos binômios mãe/recém-nascido internados em Alojamento Conjunto, no interior de São Paulo, demonstrou que a maioria das puérperas possuía os diagnósticos risco para infecção, integridade tissular prejudicada e dor aguda. Todos os recém-nascidos apresentaram risco para infecção e, na maioria dos binômios mãe/recém-nascido, identificou-se o diagnóstico de amamentação eficaz (PATINE; FURLAN, 2006). Em outro estudo efetuado em uma maternidade, no interior do Mato Grosso do Sul, os diagnósticos predominantes assemelham-se aos citados anteriormente, acrescentando-se ainda: conforto alterado, conhecimento deficiente, risco para integridade da pele prejudicada, padrão do sono alterado e ansiedade (GERK et al., 2006).

Corroborando esses resultados, os mesmos diagnósticos listados para as puérperas foram encontrados em estudo realizado no interior de Goiás, que os identificou no período pós-parto imediato e tardio, no contexto da comunidade. Outros também frequentes foram: integridade tissular prejudicada, ansiedade e nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (VIEIRA et al., 2010b).

O diagnóstico de enfermagem ansiedade foi analisado por pesquisadores que investigaram mulheres no puerpério imediato e tardio, no contexto da comunidade, no interior de Goiás. A ocorrência dele foi de 80% e esteve relacionada, principalmente, ao estresse e à crise maturacional. Dentre as características definidoras predominantes, estavam a preocupação decorrente de mudanças na vida e a insônia (VIEIRA et al., 2010b).

No que concerne ao puerpério, sabe-se que a amamentação representa um momento importante tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, visto o simbolismo afetivo do aleitamento, sem citar os inúmeros benefícios para ambos. Em face disso, expõem-se, a seguir, estudos que tratam do PE, enfocando os diagnósticos de enfermagem, no puérperio e no aleitamento materno.

Em São Paulo, binômios mãe/filho em aleitamento materno foram avaliados no período entre 12 horas e 30 dias após o parto, com vistas à identificação e validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz da NANDA. Observaram-se, em todos os binômios, a característica processo de aleitamento materno insatisfatório, associada a uma ou mais das características: ferimento no mamilo na primeira semana, sinais observáveis de ingestão inadequada da criança, resistência da criança ao ser amamentada e falta de manutenção de sucção na mama (ABRÃO; GUTIERREZ; MARIN, 2005).

Tais características foram percebidas com maior frequência no terceiro e quarto dias após o parto, evidenciando que as dificuldades de amamentação aparecem, em geral, depois de o binômio receber alta hospitalar. Frente a isso, considera-se como relevante a enfermagem favorecer o desenvolvimento da técnica da amamentação e o conhecimento da mãe acerca do processo de aleitamento materno, com orientações que devem permear o pré-natal e ser reforçadas, principalmente, nas primeiras 24 horas pós-parto no sistema de Alojamento Conjunto. Assim, aumentam-se as chances de sucesso no aleitamento materno quando a mãe for para o domicílio e, com efeito, evita-se o desmame precoce.

Por outro lado, notam-se resultados mais satisfatórios referentes à amamentação no serviço de saúde da atenção básica, no interior de Curitiba/PR. Foi identificado o diagnóstico de enfermagem amamentação adequada e elencadas intervenções relativas ao fortalecimento do processo saúde-doença, em 68,9% das puérperas atendidas. Apesar dos aspectos positivos, o estudo alerta para a importância da atualização dos profissionais de enfermagem, de forma a garantir uma assistência mais qualificada, visto que se observaram discordâncias com relação às orientações de preparo da mama dadas no pré-natal e aquelas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (CHAVES et al., 2011).

De um modo geral, os estudos abordados parecem ratificar o que Amante et al. (2010) afirmam, ao destacarem o PE como metodologia de assistência na profissão, permitindo focalizar a reação da pessoa ao problema de saúde e, assim, identificar as necessidades do paciente nos aspectos biológicos, psicológicos e espirituais. Vieira et al. (2010) acrescentam que a criação de protocolos de enfermagem concernentes às necessidades de cada grupo específico de usuários pode ser uma estratégia que, a médio e longo prazos, contribui para melhores resultados em saúde, à medida que favorece o desenvolvimento do autocuidado.

Em suma, nota-se que a maioria dos estudos referentes ao PE no ciclo gravídico-puerperal apresenta os diagnósticos de enfermagem predominantes na clientela em foco. Alguns abrangem os cuidados de enfermagem e, em geral, concluem que o PE repercute na qualidade da assistência de enfermagem e contribui para um cuidado mais holístico. No entanto, as necessidades psicoespirituais não foram apontadas em nenhuma pesquisa, permitindo inferir que esse enfoque carece de mais investimentos da enfermagem, desde a formação para melhor preparar aqueles que estão iniciando sua trajetória profissional até a capacitação daqueles que estão em exercício, seja no ensino, na pesquisa, na assistência ou na gerência.

4.2 MODELO CONCEITUAL DE ENFERMAGEM

A partir dos anos 50, especialmente na década de 70, intensificou-se o desenvolvimento de teorias para a prática de enfermagem. No Brasil, Wanda de Aguiar Horta foi a pioneira na divulgação desse movimento, formulando posteriormente sua própria Teoria das Necessidades Humanas Básicas, em 1974. No entanto, o investimento de profissionais brasileiros na criação de propostas teóricas para a prática da enfermagem ainda se mostra incipiente, à medida que essa atividade é um processo complexo, exigindo qualificação e tempo para percorrer as diversas etapas da pesquisa. Do mesmo modo, a aplicação prática de uma teoria requer conhecimento dos seus conceitos para possibilitar a correta operacionalização (LEOPARDI, 1999; MCEWEN, 2009).

> Os modelos teóricos de enfermagem têm por finalidade explicitar a ontologia da pessoa, ou seja, a natureza, os valores e princípios morais que lhe são inerentes; definir o ambiente em sua concepção quanto à dimensão e influências no ser humano; descrever o modo como concebem a enfermagem, em que esta consiste, como se faz necessária e como se manifesta em ações práticas e, ainda, explicam a maneira como são percebidos os estados de saúde e doença, seu significado e fatores condicionantes (SOUZA, 2001, p. 32).

Uma teoria emerge da prática, ou seja, é construída por enfermeiros que refletem a prática a partir daquilo que observam, aliando seu conhecimento à sua formação intelectual e ao saber de outras áreas do conhecimento. Cabe destacar que o conceito construído em uma teoria deve preencher algumas características, como: ser claramente definido, estabelecer um relacionamento lógico entre os conceitos e não conter contradições (SOUZA, 2001). O desenvolvimento da enfermagem, dessa forma, advém do questionamento e da investigação da realidade, isto é, quando a prática nutre inquietações que despertam o desejo da pesquisa no enfermeiro em busca de respostas, seja para solucionar problemas identificados, seja para reforçar comportamentos já realizados, contribuindo, assim, para o aprimoramento da profissão (GARCIA; NÓBREGA, 2010).

Para Horta (1979, p. 3) "[...] nenhuma ciência pode sobreviver sem filosofia própria". A partir disso, compreende-se que a filosofia científica é a unidade de pensamento que mantém a conexão entre os enfermeiros, a fim de desenvolverem e fundamentarem, em bases sólidas, a sua profissão. Nesse sentido, percebe-se que teoria, pesquisa e prática são campos indissociáveis de atuação da enfermagem, embora nem sempre ocorra essa relação concreta no cotidiano de trabalho da profissão. Muitas vezes, a enfermagem direciona-se apenas para a prática ou para a pesquisa; no caso da primeira, é comum a teoria ficar relegada a segundo plano.

> [...] no campo da Enfermagem, as teorias são pouco conhecidas e raramente empregadas como fundamento da prática. Assim, a adoção dessas Teorias como fundamento para a produção do conhecimento científico é escassa e limita-se quase que exclusivamente à academia e a alguns hospitais universitários. Esse fato dificulta ou mesmo impossibilita tanto sua testagem quanto o desenvolvimento de debates que tenham como base argumentos oriundos do cotidiano dos(as) profissionais (GOMES et al., 2007, p. 113).

Horta (1979) defendia a utilização da teoria como um importante recurso norteador da prática do enfermeiro, ao possibilitar a coleta, a análise e a produção de novos conhecimentos sobre os fenômenos observados. Assim, por meio da realização do PE, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, essa autora concebeu um método científico para auxiliar o enfermeiro na coleta de dados do paciente, na tomada de decisão frente às necessidades identificadas e no prognóstico a partir das ações de enfermagem. Esse método de trabalho, além de fundamentar cientificamente a assistência de enfermagem, permite sua documentação e, com isso, possibilita ao enfermeiro avaliar os resultados das suas ações para a melhoria do estado de saúde do paciente.

No entanto, quando o enfermeiro opta por planejar o seu trabalho com base em uma teoria, é necessário a priori conhecer as características que a configuram – no caso do presente estudo, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas –, de forma que a assistência possa ser nela pautada (LEOPARDI, 1999; GARCIA; NÓBREGA, 2010). Portanto, a seguir, são abordadas as principais características da Teoria de Wanda de Aguiar Horta.

4.2.1 Teoria Das Necessidades Humanas Básicas de Horta

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta caracteriza-se por uma abordagem humanística e empírica, formulada com base na Teoria da Motivação Humana de Maslow. É classificada, porém, em três níveis, segundo a denominação dada por João Mohana – psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais –, apresentados no Quadro 1 (LEOPARDI, 1999; HORTA, 1979).

Quadro1: Níveis de classificação das necessidades humanas básicas de Horta.

Necessidades psicobiológicas	**Necessidades psicossociais**	**Necessidades psicoespirituais**
Oxigenação Hidratação Nutrição Eliminação Sono e repouso Exercício e atividades físicas Sexualidade Abrigo Mecânica corporal Motilidade Cuidado corporal Integridade cutâneo-mucosa Integridade física Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular Locomoção Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa Ambiente Terapêutica	Segurança Amor Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem (educação à saúde) Gregária Recreação Lazer Espaço Orientação no tempo e espaço Aceitação Autorrealização Autoestima Participação Autoimagem Atenção	Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida.

Fonte: Horta, 1979, p. 40.

Abraham Maslow foi um psicólogo humanista norte-americano que viveu até 1970. Apesar de ser o principal influenciador do pensamento de Wanda Horta, acredita-se que ela preferiu adotar a classificação de João Mohana, um padre psicanalista, pelo fato de ele

considerar a espiritualidade como o mais elevado nível de necessidade humana, ao contrário de Maslow, que considerava a autorrealização. Horta não justifica sua decisão pela classificação de João Mohana, contudo, pontua que as necessidades de nível psicobiológico e psicossocial são comuns a todos os seres vivos, ao contrário da psicoespiritual, que é característica intrínseca do ser humano (GARCIA; NÓBREGA, 2010; HORTA, 1979).

As necessidades humanas básicas podem ser definidas como "[...] estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais" (HORTA, 1979, p. 39). Quando afetadas de alguma forma, elas tornam-se problema de enfermagem, ou seja, são condições ou situações decorrentes do desequilíbrio hemodinâmico ou orgânico, que, para sua resolução, requerem uma assistência profissional realizada pela equipe de enfermagem (HORTA, 1979; LEOPARDI, 1999).

Leopardi (1999) salienta que as necessidades psicobiológicas, psicoespirituais e psicossociais são caracterizadas pela indissociabilidade, visto que estão intrinsecamente relacionadas, constituindo um todo – o ser humano. Além disso, são universais; em outras palavras, comuns a todos os seres humanos, independentemente da sua localização geográfica. Entretanto, sua manifestação e a maneira de satisfazê-las variam de acordo com alguns fatores: "[...] individualidade, idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores sócio-econômicos, o ciclo saúde-enfermidade, o ambiente físico" (HORTA, 1979, p. 39).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta é sustentada em três leis gerais que regem os fenômenos universais, a saber: 1) a lei do equilíbrio, 2) a lei da adaptação e 3) a lei do holismo. A primeira lei afirma que "[...] todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres"; a segunda pressupõe que "[...] todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio"; finalmente, a terceira diz que "[...] o universo é um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo, esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser" (HORTA, 1979, p. 28). É preciso apreender o significado dessas leis para que a teoria seja agregada de fato na prática da enfermagem, pois Horta, já na década de 70, configurava a relevância de o homem estabelecer um "equilíbrio dinâmico", por meio da adaptação ao meio, ou seja, o homem deve ser visualizado dentro do seu ambiente sociopolítico, econômico e cultural. Assim, complementa a lei do holismo, destacando a importância de considerar o homem como um ser uno; portanto, o ser humano na sua integralidade, nas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual e na interação com o meio.

As teorias de enfermagem, em geral, são estruturadas em torno de quatro conceitos centrais, sendo os mais amplamente recorrentes na literatura: enfermagem, ser humano, ambiente e saúde. Elas denotam a maneira pela qual cada teoria percebe a realidade e analisa os fenômenos da enfermagem, relacionando esses conceitos. Por isso, é imprescindível a sua compreensão para a efetiva aplicabilidade da teoria, seja no ensino, na pesquisa ou na assistência (GARCIA; NÓBREGA, 2010).

Para Horta (1979, p. 28), "[...] a enfermagem é um serviço prestado ao ser humano", ou ainda é

> [...] a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (1979, p. 29).

A autora salienta o papel da enfermagem como integrante da equipe de saúde e acrescenta que, no seu âmbito de atuação, ela tem o objetivo de

> [...] procurar manter o indivíduo em perfeito equilíbrio e com saúde, prevenir e tentar reverter os eventuais desajustes, usando o seu conhecimento técnico e princípios científicos, provenientes das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais (LEOPARDI, 1999, p.82).

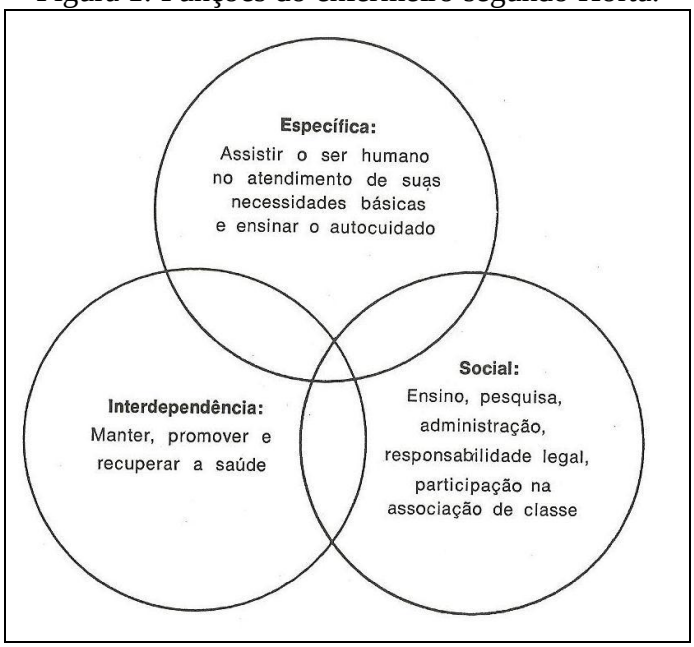
Para atender as necessidades do indivíduo, é preciso conhecer o verdadeiro conceito de ser humano que, para Horta (1979, p. 28-9, grifo nosso), é

> [...] parte integrante do universo dinâmico, e como tal sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço. [...] está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia. [...] como parte integrante do universo está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. [...] se distingue dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, por ser dotado do poder de imaginação e simbolização e poder unir presente, passado e futuro. Estas características do ser humano permitem sua **unicidade, autenticidade e individualidade**. O ser humano, por suas características, é também agente de mudanças [...] como agente de mudança, é também a causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo.

Os estados de desequilíbrio decorrentes das características próprias de cada indivíduo e do dinamismo do universo, além da constante interação do ser humano com esse universo no papel de agente de mudanças, provocam necessidades que precisam ser satisfeitas, a fim de recuperar o seu estado de equilíbrio. Quando essas necessidades não são atendidas ou são parcialmente atendidas, "[...] trazem desconforto, e se este se prolonga é causa de doença. Estar com saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e espaço" (HORTA, 1979, p. 29).

Em relação às funções do enfermeiro, distinguem-se três áreas de atuação: específica, social e de interdependência, descritas na Figura 1 (HORTA, 1979).

Figura 1: Funções do enfermeiro segundo Horta.



Fonte: Horta, 1979, p. 30.

Na área específica, a assistência pode ser subdivida em três níveis de atuação da enfermagem, de acordo com o grau de dependência do ser humano: dependente, parcialmente dependente e independente. O primeiro aplica-se quando o homem é incapaz de "fazer por si mesmo"; o segundo emprega-se quando é necessário "ajudar ou auxiliar" o autocuidado; o terceiro engloba as atividades de orientação ou ensino para o autocuidado, a supervisão e o encaminhamento a outros profissionais (HORTA, 1979, p. 30). A área de interdependência tem relação direta com a área específica, pois visa a manter, promover e recuperar a saúde do ser humano.

A área social engloba as dimensões do ensino, pesquisa e administração, as quais, em conjunto com o assistir, perfazem o processo de trabalho da enfermagem. A responsabilidade legal também é admitida nesse eixo; porém, compreende-se que ela ainda perpassa as outras áreas de atuação do enfermeiro, considerando que, sem ela, não há exercício profissional. Essa proposição é claramente realizada a partir da visualização da Figura 1, a qual indica uma relação entre as três áreas de atuação do enfermeiro. Além disso, Horta (1979) destaca a participação na associação de classe, demonstrando, com isso, a necessidade de o enfermeiro inserir-se de forma pertinente no âmbito político e ideológico da profissão.

Ressalta-se que o amplo emprego dessa teoria na aplicabilidade do PE em diversos estudos (AQUINO, 2004; BUSANELLO, 2006; PIVOTTO, 2008; TRUPPEL et al., 2009; AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009; CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009; LEON; FREITAS; NÓBREGA, 2009) demonstra sua relevância para a prática da enfermagem brasileira; por isso, ela é o marco conceitual utilizado neste estudo. Além disso, entende-se que as características da Teoria das Necessidades Humanas Básicas convergem para um cuidado de enfermagem mais holístico no ciclo gravídico-puerperal da mulher. Outrossim, estima-se que sua adoção nesta construção contribuirá para aperfeiçoar a utilização da teoria na prática e para agregar maior cientificidade, visibilidade e, principalmente, qualidade no fazer da enfermagem. A seguir, são apresentadas as etapas do PE adotadas neste estudo.

4.3 ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Evidencia-se uma gama de possíveis formatos ao PE, sendo estruturado por etapas que se diferenciam em quantidade e denominação, dependendo da visão de cada autor. As etapas podem variar entre quatro (TRUPPEL et al., 2009; AMANTE et al., 2010), cinco (CIANCARULLO, 2005; COFEN, 2009) e seis (HORTA, 1979). Todavia, independentemente do número de etapas e das denominações, autores pontuam que sempre vai estar presente no PE a tríade: levantamento de dados, análise e plano de cuidados (AMANTE et al., 2010).

No presente estudo, são adotadas quatro das seis etapas abordadas por Horta (1979), a saber: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados de enfermagem e evolução de enfermagem. A terceira e a última etapas previstas no PE proposto por Horta (1979) são o plano assistencial e o prognóstico. A primeira constitui uma determinação global da assistência de enfermagem, em termos de encaminhamento, supervisão, orientação, ajuda e execução de cuidados, em consonância com os diagnósticos identificados (HORTA, 1979); a segunda é obtida por meio da evolução de enfermagem e visa a estimar a capacidade do ser humano em atender as suas necessidades básicas, após a implementação dos cuidados de enfermagem, ou seja, se o indivíduo é capaz de realizar o seu autocuidado ou se permanece dependente (total ou parcial) dos cuidados de enfermagem (HORTA, 1979). Constitui, portanto, um meio de avaliação do PE como um todo. Compreendendo que essas etapas já estão incluídas nas demais adotadas na proposta de PE

deste estudo, optou-se por não as utilizar. Sendo assim, adiante abordam-se as etapas: histórico de enfermagem, segundo Horta; diagnóstico de enfermagem, de acordo com a taxonomia II da NANDA; e, por fim, prescrição de cuidados de enfermagem, baseada na NIC e em autores da área de obstetrícia.

4.3.1 Histórico de Enfermagem

O histórico de enfermagem, que consiste na primeira etapa do PE, é definido como um roteiro sistematizado que possibilita a coleta de informações referentes ao estado de saúde do indivíduo com o propósito de identificar os problemas de enfermagem[7] que requerem um cuidado profissional, devendo ser realizado no primeiro contato com o usuário de saúde (HORTA, 1979). Assim, o enfermeiro coleta e registra todas as informações, com vistas a "[...] prever, detectar, prevenir e controlar os problemas de saúde potenciais ou reais; promover a saúde [...], a independência e o bem-estar; esclarecer os resultados esperados" (ALFARO-LEFEVRE, 2010, p. 35). Considerando que essas informações obtidas direcionam o planejamento de todas as outras etapas, é imprescindível que sejam mais precisas e fidedignas possíveis; caso contrário, todo o PE pode ser afetado, ao deixar de atender necessidades não identificadas pela inadequada utilização do histórico (TANNURE; PINHEIRO, 2010; NÓBREGA; SILVA, 2009).

A natureza da coleta de dados pode ser direta e indireta: os dados diretos são aqueles coletados por meio da anamnese e do exame físico, diretamente com o paciente; já os dados indiretos são obtidos por fontes secundárias (familiares ou amigos, prontuário do paciente, registros de outros profissionais da equipe multiprofissional, resultados de exames laboratoriais, entre outras). Usualmente, os dados do histórico são classificados em objetivos e subjetivos: os primeiros consistem nos sinais e sintomas constatados pelo enfermeiro, enquanto que os segundos são aqueles afirmados pelo indivíduo. Ressalta-se que esses dados complementam-se, devendo ser considerados na avaliação de saúde, visto que indicam a existência ou não de um problema de enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Horta (1979) reforça que o histórico de enfermagem deve ser conciso e objetivo, ou seja, deve investigar dados realmente importantes para o enfermeiro estabelecer os cuidados de enfermagem. Além disso, é preciso evitar o dispêndio de tempo ao coletar informações já

[7] Problema de enfermagem "[...] é toda situação e/ou condição apresentada pelo indivíduo, família ou comunidade que exija assistência profissional" (HORTA, 1979. p. 44).

identificadas; para tal, basta consultar o prontuário do paciente. Horta (1979, p. 43) também indica os dados mínimos que constituem o histórico de enfermagem, a saber: "dados de identificação, percepção e expectativas (experiências prévias, sentimentos, problemas, preocupações, o que sabe sobre a doença, o que espera da equipe de saúde), atendimento das necessidades básicas (alimentação, hidratação, eliminação, sono e repouso, cuidado corporal, recreação, espirituais), exame físico e problemas ou padrões de comunicação".

O enfermeiro, baseado no seu conhecimento científico, precisa ter uma avaliação crítica dos dados coletados, verificando valores normais ou padrões que indicam estados de saúde ou de doença e que podem sinalizar a formulação de hipóteses e possíveis diagnósticos de enfermagem. Igualmente, deve verificar a veracidade da informação e tentar aprofundá-la com o paciente, de forma a obter dados mais completos e evitar erros, presunções ou omissões importantes (CIANCARULLO, 2005; TANNURE; PINHEIRO, 2010; ALFARO-LEFEVRE, 2010).

4.3.2 Diagnóstico de Enfermagem

A determinação do diagnóstico de enfermagem estabelece uma linguagem padronizada na profissão para rotular o resultado de um processo de análise, interpretação e julgamento clínico do enfermeiro acerca das informações de saúde coletadas anteriormente no histórico de enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2010; CARVALHO; JESUS; BACHION, 2010). Além disso, estabelece uma ponte entre o histórico e o plano de cuidados de enfermagem, ao direcionar o olhar do enfermeiro para os problemas encontrados, permitindo atuar no processo de saúde-doença do indivíduo de forma mais eficaz e qualificada (CRUZ, 2010).

Horta (1979, p. 62), na sua época, destacava o diagnóstico de enfermagem como uma etapa do PE de difícil operacionalização na prática, em decorrência de múltiplos fatores: “[...] desconhecimento dos sintomas (problemas de enfermagem), de necessidades básicas alteradas, especialmente no nível psico-sócio-espiritual; desconhecimento da nomenclatura das necessidades básicas; distinção entre problemas de enfermagem e necessidades básicas; distinção entre tratamento de enfermagem e necessidade básica”.

Outros autores acrescentam, ainda, que as divergências na elaboração do diagnóstico podem estar relacionadas ao enfermeiro, ao próprio indivíduo e ao próprio ato de examinar. Quanto ao enfermeiro, ele tem a competência clínica para explorar os dados de saúde

coletados (relatados ou observados) e para compreendê-los como evidências clínicas que podem ser rotuladas num sistema de classificação próprio da enfermagem. Com relação ao indivíduo, devem-se considerar as variações biológicas e os fatores que podem intervir nas suas informações. Por fim, em relação ao ato de examinar, deve-se atentar para um espaço propício à interação enfermeiro-indivíduo e para a utilização de instrumentos que facilitem a identificação do diagnóstico (CARVALHO; JESUS; BACHION, 2010).

Nessa perspectiva, os sistemas de classificação surgem como uma maneira de padronizar as linguagens utilizadas pela enfermagem, contribuindo, dessa forma, para favorecer a comunicação, a compilação de dados para o planejamento da assistência, o desenvolvimento de pesquisas e o processo de ensino-aprendizagem. Fundamentalmente, ao se conferir cientificidade no fazer da enfermagem, favorece-se a tomada de decisão, resultando em maior efetividade, visibilidade e, sobretudo, qualidade do cuidado prestado (TRUPPEL et al., 2009; GARCIA; NÓBREGA, 2010; TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Atualmente, há diversos sistemas de classificação de enfermagem disponíveis na literatura e aplicados na prática, inclusive no Brasil, dentre os quais se destacam: *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Intervention Classification* (NIC), *Nursing Outcomes Classification* (NOC), *Home Health Care Classification* (HHCC), *The Omaha System* (Sistemas de Cuidados Comunitários de Omaha), *Perioperative Nursing Data Set* (PNDS) e Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) (NÓBREGA et al., 2010; TANNURE; PINHEIRO, 2010).

A taxonomia da NANDA surgiu na década de 1980, mas sua divulgação no Brasil começou na década de 1990 e, desde então, vem sendo discutida e aperfeiçoada em diversos eventos nacionais e internacionais (BARROS, 2009). Atualmente, constitui a classificação de diagnósticos mais utilizada no país, em combinação com as NIC/NOC (FURYA, et al., 2011).

O diagnóstico de enfermagem da NANDA é definido como um "julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais" (NANDA, 2008, p. 377). Destaca-se a relevância de uma identificação precisa, capaz de permitir a correta seleção dos cuidados de enfermagem, no planejamento da assistência ao paciente. O diagnóstico de enfermagem da NANDA (2010) baseia-se na Taxonomia II, a qual consiste de uma estrutura multiaxial composta por três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem, sendo treze domínios, 47 classes e 201 diagnósticos.

Cada diagnóstico de enfermagem da NANDA estrutura-se em torno de um enunciado, fatores relacionados e características definidoras. O enunciado identifica um nome para o

diagnóstico; os fatores relacionados demonstram a etiologia do problema; e as características definidoras indicam as evidências clínicas (sinais e sintomas) que o enfermeiro considera para estabelecer o diagnóstico (TANNURE; PINHEIRO, 2010; NANDA, 2010). Ressalta-se que, neste estudo, é adotada, como sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem, a Taxonomia II da NANDA 2009-2011 (NANDA, 2010).

Alfaro-Lefevre (2010) reforça a responsabilidade do enfermeiro na identificação de problemas de saúde que necessitam da assistência multiprofissional. Para tanto, é preciso ter conhecimento acerca de sinais e sintomas de problemas de saúde potenciais ou reais que requeiram, além das ações de enfermagem, ações de outros profissionais de saúde, como médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas, dentre outros.

4.3.3 Plano de cuidados de enfermagem ou prescrição de enfermagem

O plano de cuidados ou prescrição de enfermagem é "[...] o roteiro diário (ou aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano" (HORTA, 1979, p. 67). Horta (1979) afirma que a forma de apresentação pode variar, de acordo com a metodologia adotada; contudo, salienta que os cuidados devem ser enumerados por ordem de prioridade. Outros autores também se coadunam a essa ideia e acrescentam que, além de completo e bem redigido, o plano deve ser compatível com os recursos institucionais e com as condições clínicas do paciente, pois fatores como quantidade de funcionários, recursos físicos e orçamentários, participação do indivíduo na tomada de decisão (quando possível) interferem na viabilidade e no sucesso da assistência de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2010; TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Assim, na pretensão de elaborar um plano de cuidados de enfermagem compatível com as necessidades dos pacientes e capaz de alcançar os resultados esperados, surge em 1987, na Universidade de Iowa, nos Estados Unidos, a *Nursing Intervention Classification* - NIC, uma diretriz para auxiliar os enfermeiros na escolha dos cuidados apropriados para cada diagnóstico. Pode-se afirmar que os diagnósticos de enfermagem da NANDA deram o impulso para o desenvolvimento da taxonomia de intervenções da NIC, visto que, uma vez identificados os diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro tinha a responsabilidade de intervir, de modo a resolvê-los ou minimizá-los. Desde então, essa classificação vem sendo expandida e aperfeiçoada, de forma a padronizar a linguagem dos cuidados de enfermagem

para os diagnósticos da NANDA, sendo estruturada em domínios, classes e intervenções. Atualmente, a NIC é composta por 7 domínios, 30 classes, 514 intervenções e mais de 12.000 atividades de enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2010; DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Convém destacar os conceitos da NIC, quanto à intervenção e atividade de enfermagem. Intervenção de enfermagem é definida como "qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente" (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008, p.23). Para cada intervenção, a NIC propõe diversas atividades de enfermagem, ações que visam a alcançar o resultado esperado na assistência aos pacientes (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Ressalta-se que o envolvimento ativo da paciente como colaboradora no desenvolvimento dessa etapa é imprescindível para que profissional e paciente mantenham o mesmo foco no atendimento das necessidades básicas apresentadas. Isso resulta em economia de tempo, melhor precisão dos cuidados de enfermagem e, sobretudo, contribui para qualidade da assistência e, consequentemente, para o alcance dos resultados desejados (ALFARO-LEFEVRE, 2010). Neste estudo, os cuidados de enfermagem são baseados nas atividades propostas pela *Nursing Intervention Classification* (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) bem como por autores da área de obstetrícia (BRASIL, 2001, 2005; LOWDERMILK, 2002; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

4.3.4 Evolução de enfermagem

A evolução de enfermagem constitui uma avaliação global do indivíduo para constatar os resultados, frente aos cuidados implementados. Consiste, portanto, numa avaliação dos cuidados de enfermagem implementados, por meio da observação direta do indivíduo, do seu relato e da consulta dos registros de enfermagem no prontuário do paciente ou em locais próprios (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

O enfermeiro, ao elaborar a evolução de enfermagem, deve obedecer a algumas características gerais para torná-la o mais fidedigna possível, tais quais: iniciar pelos dados subjetivos, seguidos dos objetivos; avaliar as necessidades já identificadas e o surgimento de novas necessidades; fazer uma redação clara e sucinta; e evitar repetições desnecessárias (HORTA, 1979). Tendo em vista que a evolução visa a avaliar as respostas do indivíduo, frente aos cuidados implementados, ela permite, quando necessário, mudanças tanto nos

diagnósticos de enfermagem quanto no plano de cuidados o mais cedo possível, imprimindo qualidade à assistência de enfermagem (HORTA, 1979; ALFARO-LEFEVRE, 2010; TANNURE; PINHEIRO, 2010).

5 CAMINHO METODOLÓGICO

O presente capítulo apresenta a caracterização da pesquisa, o local da sua realização, os participantes da pesquisa, os procedimentos para coleta de dados, a análise de dados e os aspectos éticos. Expõe-se a seguir, o delineamento da pesquisa qualitativa adotado, visando a atender aos objetivos propostos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório. A pesquisa qualitativa apresenta uma diversidade de técnicas e abordagens, não tendo, portanto, um único modelo. Em essência, esse tipo de pesquisa está voltado à apreensão dos fenômenos sociais, considerando o discurso e a racionalidade dos sujeitos envolvidos (POUPART et al., 2008).

A pesquisa descritiva tem por objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, enquanto que a exploratória tem como finalidade elucidar conceitos e ideias, propiciando uma visão geral acerca de determinado fato. Essas duas características da pesquisa estão preocupadas com a atuação prática (GIL, 2009).

Neste estudo, buscou-se encontrar e descrever as alterações de saúde mais frequentes de gestantes e puérperas que tiveram internações em uma UIO. As alterações de saúde coletadas foram exploradas, com vistas à identificação de fatores de risco ou à etiologia e de características definidoras capazes de conduzir aos diagnósticos de enfermagem. Ressalta-se que, neste estudo, foi adotada como sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem, a Taxonomia II da NANDA 2009-2011 (NANDA, 2010). Esses dados podem fornecer uma visão geral acerca das necessidades comumente afetadas na população em estudo. A partir disso, desenvolveu-se uma proposta de PE, composta por históricos de enfermagem, diagnósticos de enfermagem e prescrição de cuidados de enfermagem, a qual foi submetida à apreciação dos enfermeiros assistenciais da UIO do Hospital Universitário da FURG, de forma a obter seu consenso quanto à adequação do material elaborado com a realidade do seu contexto de trabalho.

5.2 LOCAL DA PESQUISA

O presente estudo teve como cenário investigativo a UIO do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Universidade Federal do Rio Grande, na cidade de Rio Grande, estado do Rio Grande do Sul. O Hospital Universitário da FURG, criado por meio da Portaria da Reitoria nº 23, de 29 de março de 1976. É vinculado à FURG, cujos pilares de trabalho são a pesquisa, o ensino e a extensão, incluindo a assistência à saúde da população. Caracteriza-se como um hospital de médio porte e alta complexidade, que comporta 186 leitos do Sistema Único de Saúde (SUS), prestando serviços nas áreas de Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Obstétrica, Clínica Ginecológica e Clínica Cirúrgica (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FURG, 2011).

O hospital possui Serviço de Pronto Atendimento; UTI neonatal; UTI geral; UTI pediátrica; Hospital Amigo da Criança; Banco de Leite (BL); Hospital-Dia AIDS; Hospital-Dia Doenças Crônicas; Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos (CENPRE); Centro Integrado de Diabetes (CID); Centro Regional Integrado do Trauma Ortopédico; Centro Regional Integrado de Diagnóstico e Tratamento em Gastroenterologia; Centro de Atendimento de Doenças Renais – Diálise e Hemodiálise; Centro Regional Integrado de Tratamento e Reabilitação Pulmonar; Unidade de Educação (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FURG, 2011).

A referida instituição, que possui o título de Hospital Amigo da Criança desde 2002, é referência para gestação de risco, na área da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, abrangendo os municípios de Rio Grande, Pelotas, São José do Norte, Santa Vitória do Palmar, Chuí, Bagé e Dom Pedrito. Também, é referência para o tratamento da AIDS e do diabetes. Seu quadro funcional é composto por servidores públicos federais concursados (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e outros técnicos administrativos) e por profissionais contratados pela Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino do Rio Grande (FAHERG).

A UIO do Hospital Universitário da FURG, desde sua construção, em 1993, aderiu ao Sistema de Alojamento Conjunto. Sua área física é composta por um posto de enfermagem, uma copa, uma sala de banho para o recém-nascido, um expurgo, um banheiro para uso dos funcionários e uma sala para registro no prontuário do paciente. Atualmente, na UIO, há um setor das enfermarias reservado a pacientes de traumatologia. Assim, no total, são 19 enfermarias, com 25 leitos para cada binômio mãe-filho e 16 leitos para a traumatologia.

Embora sejam áreas bem diferentes, a equipe de enfermagem que atende esses pacientes é a mesma. O quadro funcional atuante nesse espaço de trabalho é composto por um enfermeiro e cinco técnicos/auxiliares de enfermagem, em cada turno diurno de seis horas e noturno de 12 horas; por um a dois médicos obstetras (médicos preceptores e residentes) e um pediatra, em geral, por plantão de 12 horas. Além desses, há uma secretária, nos períodos da manhã e da tarde.

O Banco de Leite, desde 2003, é uma unidade anexa à maternidade, apesar de sua existência no Hospital Universitário da FURG ser anterior a essa data. O quadro funcional atuante no Banco de Leite é constituído por uma nutricionista (responsável técnica pelo serviço), uma técnica em nutrição, quatro auxiliares em nutrição e uma médica pediátrica. Além desses profissionais, o serviço do Banco de Leite conta com uma equipe de auxílio, composta por uma enfermeira, uma psicóloga e uma assistente social, as quais prestam seus serviços, quando solicitados pela nutricionista. O Banco de Leite é incorporado ao serviço de nutrição do hospital e tem como objetivos a promoção, o apoio e o incentivo ao aleitamento materno. Presta atendimento nas seguintes condições: a usuárias do SUS com encaminhamento externo, com dificuldade de amamentar (causas variadas), ou que, por retornarem ao trabalho, precisam de auxílio para retirar o leite; a usuárias do SUS internadas na UIO do Hospital Universitário da FURG, que recebem orientações quanto à amamentação; a mães com recém-nascidos internados na UTI neonatal, que necessitam de apoio.

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Na UIO do Hospital Universitário da FURG, a jornada de trabalho é dividida em turnos: manhã, tarde, noite I e noite II; sendo um enfermeiro e cinco técnicos/auxiliares de enfermagem em cada turno. As folgas diurnas e noturnas dos enfermeiros com jornada de trabalho fixa na UIO são cobertas por dois enfermeiros do Centro Obstétrico. Foram convidados a participar da pesquisa seis enfermeiros assistenciais, sendo quatro da UIO e dois do Centro Obstétrico.

Os critérios de inclusão foram: aceitar espontaneamente participar deste estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), após a prévia explanação acerca dos objetivos e metodologia; ser enfermeiro com jornada de trabalho fixa ou eventual na UIO. Assim, foram participantes do estudo todos os enfermeiros convidados a participar da pesquisa, sendo no total seis enfermeiros.

5.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em dois momentos, apresentados a seguir.

- *Pesquisa documental, para construção dos diagnósticos, prescrição de cuidados e histórico de enfermagem*

Conforme Gil (2002), a pesquisa documental é composta por duas formas de documentos: os de primeira mão, que são aqueles conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas, e os de segunda mão, que, de alguma forma, já foram analisados, tais como relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas, etc. Neste estudo, foram pesquisados os documentos de primeira mão, com vistas a obter as informações contidas no prontuário do paciente para identificação de dados clínico-obstétricos de usuárias de saúde internadas na UIO.

A consulta aos registros médicos e de enfermagem foi realizada, no período de abril de 2011 a maio de 2011. Escolheu-se aleatoriamente o mês de setembro de 2010, para realizar a consulta documental das internações que aconteceram. Consultaram-se 148 prontuários das usuárias de saúde da UIO, sendo 41 gestantes, das quais 27 estiveram internadas para tratamento de intercorrências e outras 14 entraram em trabalho de parto e vieram a compor a população de puérperas, cujo total foi de 134 puérperas.

Para tanto, elaborou-se um instrumento de coleta (Apêndice B), contendo os dados a serem investigados: as patologias prévias à gestação, o tipo de parto e as alterações de saúde de gestantes e puérperas, durante a internação na UIO, no mês de setembro de 2010. Quando da avaliação das alterações de saúde das puérperas, consideraram-se, também, os registros concernentes ao estado de saúde do recém-nascido, tendo em vista que a assistência é estendida para o binômio mãe/filho. Esses dados auxiliaram no julgamento clínico dos pesquisadores, a partir da identificação de fatores de risco ou etiologias e de características definidoras capazes de fornecer subsídios para elencar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes na população estudada, fundamentados no sistema de classificação da Taxonomia II da NANDA 2009-2011 (NANDA, 2010).

Para cada diagnóstico de enfermagem identificado, foram elencados os cuidados de enfermagem mais relevantes, fundamentados nas ações de enfermagem propostas pela NIC, bem como por outros autores da área de obstetrícia, as quais foram adaptadas para a realidade do contexto de trabalho da UIO do Hospital Universitário da FURG (BRASIL, 2001, 2005; LOWDERMILK, 2002; MONTENEGRO; REZENDE, 2008).

Ao final da identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes na população em estudo, deu-se início à elaboração dos históricos de enfermagem da gestante/puérpera e do recém-nascido. Ambos instrumentos de coleta foram construídos na forma de check-list, de forma a auxiliar o enfermeiro durante a avaliação das pacientes, sendo o histórico da gestante/puérpera constituído em torno das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais de Horta e direcionado aos diagnósticos de enfermagem identificados. Já o histórico de enfermagem do recém-nascido foi estruturado basicamente em exame físico, necessidades de alimentação/nutrição e de eliminações, sendo também direcionado para os diagnósticos de enfermagem propostos.

- *Apresentação da proposta de Processo de Enfermagem (históricos, diagnósticos, prescrição de cuidados de enfermagem) para apreciação dos enfermeiros assistenciais*

De posse da proposta de PE construída, contemplando históricos, diagnósticos e prescrição de cuidados de enfermagem, o material foi apreciado pelos enfermeiros da UIO do Hospital Universitário da FURG com vistas a obter consenso, quanto à adequação ao seu contexto de trabalho. Para tanto, elaborou-se um instrumento, contendo orientações para apreciação do modelo de histórico de enfermagem para a gestante/puérpera (Apêndice C), do modelo de histórico de enfermagem do recém-nascido (Apêndice D) e dos diagnósticos e cuidados de enfermagem propostos (Apêndice E).

Com relação aos históricos de enfermagem da gestante/puérpera e do recém-nascido, as orientações se referiram à leitura atenta dos impressos, com vistas a concordar ou discordar com os itens incluídos, e da sua disposição no texto. Foram permitidas rasuras nos itens que eles gostariam de comentar. Além disso, os enfermeiros receberam a orientação de que as possíveis alterações (sugestões de inclusões e/ou exclusões) poderiam ser descritas no verso dos históricos.

No tocante aos diagnósticos de enfermagem identificados, aos respectivos cuidados de enfermagem elencados e ao aprazamento dos cuidados, elaborou-se um instrumento, no qual se reservou um espaço para os enfermeiros concordarem ou discordarem de cada um desses itens. No caso de discordância, eles deveriam justificar, no espaço reservado e no qual também tinham a possibilidade de sugerir inclusões e/ou exclusões de diagnósticos de enfermagem, cuidados de enfermagem e aprazamento.

Cada enfermeiro recebeu seu material em envelope pardo, durante o horário de trabalho, sendo acordada uma data para devolução. A apresentação do material elaborado aos enfermeiros ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2011. Destaca-se que, em momento algum, os enfermeiros participantes do estudo foram avaliados, quanto ao seu conhecimento

prévio acerca do PE e, especialmente, em relação à utilização da classificação da NANDA e da NIC, efetuando-se tão somente a apresentação da proposta de diagnósticos, prescrição de cuidados e históricos de enfermagem com a finalidade de obter o consenso desses profissionais, quanto à adequação do material à realidade de trabalho da UIO do Hospital Universitário da FURG.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise foi realizada por meio da apresentação da proposta de diagnósticos, cuidados e históricos de enfermagem construída à luz de Horta e fundamentada na classificação da NANDA, sendo discutida com base em assertivas de autores pertinentes à área do estudo.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Buscando atender aos critérios éticos, observaram-se as recomendações da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996), que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos. Primeiramente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde (CEPAS) da FURG, obtendo aprovação sob o nº 145/2010 (Anexo A). Em seguida, o projeto e o parecer de aprovação do CEPAS foram encaminhados ao Hospital Universitário Dr. Miguel Riêt Corrêa Jr. da FURG, a fim de se obter uma declaração da instituição como coparticipante do estudo (Anexo B). Por fim, disponibilizou-se à Pró-Reitoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas da FURG uma cópia do projeto, para ter ciência do estudo.

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos, metodologia, riscos e benefícios do estudo e tiveram a garantia de sigilo das informações coletadas. Também, enfatizou-se que eles poderiam solicitar, a qualquer momento, acesso aos dados do estudo e que tinham a garantia do direito de desistência, caso não desejassem continuar participando, sem prejuízos de qualquer natureza. O início do estudo ocorreu somente após a concordância espontânea dos participantes, os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

6 RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados referentes à coleta documental nos prontuários de saúde das gestantes e puérperas da UIO do Hospital Universitário da FURG, os quais foram explorados, com vistas à construção da proposta de diagnósticos de enfermagem, cuidados de enfermagem e histórico de enfermagem para gestantes e puérperas em UIO.

Destaca-se que a grande maioria dos registros consultados foram realizados por médicos, correspondentes à nota de admissão, à evolução diária e à nota de alta. Já os registros de enfermagem foram realizados, predominantemente, por acadêmicos de enfermagem, sendo mais comuns o histórico e a evolução de enfermagem e, em menor escala, os diagnósticos de enfermagem e os cuidados de enfermagem. O número de registros encontrados é bem menor, quando comparado à amostra de prontuários consultada, o que se deve, principalmente, pelo fato de o cenário em estudo não adotar, ao menos formalmente, a documentação do PE, em sua rotina de trabalho.

Na coleta documental, realizada no mês de março e abril de 2011, foram consultados todos os prontuários de saúde referentes às internações de gestantes/puérperas, no mês de setembro de 2010 (escolhido aleatóriamente), na UIO do Hospital Universitário da FURG. Consultaram-se, no total, 148 prontuários das usuárias de saúde da UIO, dos quais 41 corresponderam às gestantes, sendo que 19 estiveram internadas para tratamento de intercorrências e as outras 22 terminaram a internação como puérperas. Já a população de puérperas, contabilizando aquelas que internaram como gestantes e entraram em trabalho de parto, perfez 129 pacientes.

Na coleta documental, foram investigadas as patologias prévias à gestação, o tipo de parto e as alterações de saúde das gestantes e puérperas, durante internação, no mês de setembro de 2010, na UIO do Hospital Universitário da FURG. Com relação às patologias prévias à gestação, encontraram-se 4 casos de hipertensão; 4 de sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana – HIV; 1 de obesidade, 1 de doença psíquica, 1 de asma e 1 de hepatite C. Com relação ao tipo de parto, do total de puérperas (129), 71 realizaram parto cesáreo, enquanto que 58 foram por via vaginal.

As alterações de saúde das gestantes e puérperas, durante internação, no mês de setembro de 2010, na UIO estão dispostas no Quadro 2 e Quadro 3, respectivamente. As alterações grifadas em itálico foram as que apresentaram maior frequência e, portanto, direcionaram a identificação dos diagnósticos de enfermagem.

Quadro 2 − Alterações de saúde mais frequentes das gestantes.

ALTERAÇÕES DE SAÚDE	N.
Hipertensão	21
Sangramento vaginal	10
Ansiedade	6
Infecção do trato urinário	6
Hipertermia	4
Náuseas	4
Dor lombar	4
Dor ou ardência ao urinar	4
Constipação	4
Hipotensão postural	3
Tosse produtiva	3
Edema de membros inferiores	3
Tosse seca	2
Vômitos	2
Corrimento vaginal	2
Prurido vaginal	2
Candidíase	2
Cólicas uterinas	1
Cefaleia	1
Dispneia	1
Coriza	1
Inapetência	1
Mucosas hipocoradas	1
Mucosas desidratadas	1
Oligúria	1
Polaciúria	1
DM gestacional	1
TOTAL	92

Fonte: Prontuários de gestantes da UIO do HU/FURG.

Em relação às alterações de saúde das gestantes (total de 92), durante a internação na UIO, predominou a hipertensão, com 21 ocorrências, seguida do sangramento vaginal, que perfez 10 casos, os quais, em geral, estavam associados ao abortamento ou ao trabalho de parto prematuro. A ansiedade esteve presente na queixa de 6 gestantes, sendo relacionada à situação de aborto ou a dúvidas quanto ao seu estado de saúde. A infecção urinária foi observada em 6 gestantes, associada à hipertermia e dor ou ardência ao urinar. Outras queixas menos frequentes foram a dor lombar, presente em 4 gestantes, e a constipação, também presente em 4 gestantes.

Quadro 3 − Alterações de saúde mais frequentes das puérperas.

ALTERAÇÕES DE SAÚDE	N.
Dificuldade na amamentação	25
Dor	32

mama à palpação	1
F.O. cesárea	11
em episiotomia	4
Região anal/perianal	1
em baixo ventre	15
Constipação	12
Mamas ingurgitadas	11
Amamentação ausente	9
Fissura mamilar	8
Hipertensão	7
Edema membros inferiores	7
Tontura	5
Hipertermia	5
Lóquios em grande volume	4
Ansiedade	3
Vômitos	3
Tosse produtiva	3
Náuseas	2
Dificuldade de aceitação da dieta	2
Secreção purulenta F.O. cesárea	2
Relato de desejo em ir embora	2
Hipotensão postural	1
Baixa ingesta hídrica	1
Tosse úmida	1
Mamilos semiprotusos	1
Mamilos protusos	1
Lóquios com odor fétido	1
Desmaio	1
Calafrios	1
Mucosas ressecadas	1
Mucosas hipocoradas	1
Dificuldade para dormir	1
Ardência miccional	1
Períneo com laceração	1
Apatia	1
Hiperglicemia	1
Dispneia	1
Sede	1
Cefaleia	1
Relato de múltiplos parceiros	1
Desconhece pai do RN	1
TOTAL	194

Fonte: Prontuários de puérperas da UIO do HU/FURG.

Dentre as alterações de saúde nas puérperas (total de 194), a dor foi a mais frequente, com 32 ocorrências, localizada em baixo ventre, na incisão da cesárea ou da episiotomia, na região perianal e nas mamas. A dificuldade de amamentação foi queixa de 25 puérperas, relacionada à dor ao amamentar, à dificuldade na pega, ao mamilo invertido ou ao pouco leite. Na sequência, a constipação contabilizou 12 casos. Outra queixa também bastante frequente foi o ingurgitamento e fissura nas mamas com, respectivamente, 11 e 8 ocorrências. A amamentação ausente foi observada em 9 registros, resultante de sorologia positiva da mãe para o vírus do HIV, de encaminhamento do RN à UTI neonatal ou de dificuldade na amamentação. A hipertensão ocorreu em 7 puérperas e o edema de membros inferiores também em 7. A tontura e a hipertermia perfizeram, cada uma, 5 casos. Outra alteração menos frequente foi a presença de lóquios, em grande volume, em 4 puérperas.

As alterações de saúde mais frequentes das gestantes e puérperas foram exploradas, com vistas à identificação de fatores relacionados e características definidoras que pudessem conduzir aos enunciados diagnósticos da NANDA. Assim, a seguir, apresentam-se os diagnósticos de enfermagem identificados para as gestantes (Quadro 4), puérperas (Quadro 5) e binômio mãe/recém-nascido (Quadro 6), respectivamente, segundo os fatores relacionados ou de risco e as características definidoras encontradas, a partir das alterações de saúde documentadas nos prontuários de saúde por médicos, enfermeiros, estudantes de enfermagem e de medicina.

Quadro 4 − Diagnósticos de enfermagem identificados, de acordo com os fatores relacionados e características definidoras encontradas nos prontuários das gestantes.

GESTANTES		
Diagnósticos de Enfermagem	**Características Definidoras Fatores de Risco ou Fatores Relacionados**	***Fi***
1. PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ	Edema. Hipertensão.	24
2. VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO		
3. ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	Disúria. Infecção do trato urinário.	14
4. RISCO DE VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE	Perdas excessivas por vias normais (trabalho de parto prematuro, aborto).	10
5. ANSIEDADE	Ansioso, apreensivo, preocupado, sofrimento. Mudança no estado de saúde, ameaça ao estado de saúde.	6
6. DOR AGUDA	Relato verbal de dor.	4
7. NÁUSEA	Relato de náusea. Gravidez.	4
8. CONSTIPAÇÃO	Incapacidade de eliminar fezes. Gravidez.	4
9. RISCO DE INFECÇÃO	Procedimentos invasivos (acesso venoso periférico; sondagem vesical).	-

Quadro 5 − Diagnósticos de enfermagem identificados, de acordo com os fatores relacionados e características definidoras encontradas nos prontuários das puérperas.

PUÉRPERAS

Diagnósticos de Enfermagem	Características Definidoras Fatores de Risco ou Fatores Relacionados	*Fi*
1. DOR AGUDA	Relato verbal de dor. Agentes lesivos (biológicos e físicos).	32
2. VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO	Edema. Hipertensão.	14
3. PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ		
4. CONSTIPAÇÃO	Incapacidade de eliminar fezes.	12
5. RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	Circulação prejudicada (mamas ingurgitadas).	11
6. INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	Rompimento da superfície da pele (fissura nas mamas).	8
7. HIPERTERMIA	Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais. Aumento da taxa metabólica.	5
8. RISCO DE VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE	Perdas excessivas por vias normais (lóquios).	4
9. RISCO DE INFECÇÃO	Defesas primárias inadequadas (pele rompida, tecido traumatizado). Procedimentos invasivos. Ruptura prematura de membranas.	-

Quadro 6 − Diagnósticos de enfermagem identificados, de acordo com os fatores relacionados e características definidoras encontradas nos prontuários dos binômios mãe/recém-nascido.

BINÔMIO MÃE/RECÉM-NASCIDO		
Diagnósticos de Enfermagem	**Características Definidoras Fatores de Risco ou Fatores Relacionados**	***Fi***
1. AMAMENTAÇÃO INEFICAZ	Incapacidade da criança de apreender a região areolar-mamilar corretamente. Processo de amamentação insatisfatório. Suprimento de leite inadequado percebido.	25
2. AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA	A criança não recebe nutrição em algumas ou em todas as mamadas. Separação entre mãe e filho. Contraindicações à amamentação.	9

Quanto aos diagnósticos de enfermagem do recém-nascido, ressalta-se que não foram encontrados registros médicos ou de enfermagem relacionados às alterações de saúde dos recém-nascidos que possibilitassem a identificação de diagnósticos de enfermagem, com exceção da dificuldade na amamentação. Portanto, selecionaram-se os mais comumente encontrados na literatura para os recém-nascidos saudáveis, contemplando um total de seis. Desse modo, foram identificados 26 diagnósticos de enfermagem no total, segundo os dados clínico-obstétricos mais frequentes coletados nos prontuários de saúde das gestantes e puérperas. A seguir, são apresentados os diagnósticos identificados no estudo, assim distribuídos: nove são direcionados às gestantes (Quadro 7); nove, às puérperas (Quadro 8); dois, ao binômio mãe/filho (Quadro 9); seis, ao recém-nascido (Quadro 10).

Quadro 7 − Diagnósticos de enfermagem e cuidados de enfermagem elencados para gestantes.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ	- Pesar a paciente e monitorar tendências. - Monitorar sinais e sintomas de retenção de líquidos. - Monitorar alterações no edema periférico. - Monitorar a ingestão e a eliminação. - Orientar restrição hídrica. - Orientar dieta com baixo teor de sódio ou sem adição de sal. - Orientar e explicar os benefícios do decúbito lateral esquerdo. - Monitorar sinais vitais maternos (frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura e frequência respiratória), antes, durante e após a infusão de medicamentos. - Avaliar vitalidade fetal pela movimentação fetal. - Auscultar e anotar os batimentos cardíacos fetal e os ritmos. - Controlar o gotejamento do soro. - Administrar drogas hipotensoras, conforme prescrição. - Administrar diuréticos, conforme prescrição.	- 1x/dia - 1x/turno - 1x/turno - 1x/turno - 1x e SQN - Atenção - 1x e SQN - Atenção - 1x e SQN - 1x e SQN - Atenção - Atenção - Atenção
ANSIEDADE	- Usar uma abordagem calma e segura. - Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que a gestante possa ter durante o procedimento. - Oferecer informações reais sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico. - Encorajar a família a apoiar a paciente. - Orientar o uso de técnicas de relaxamento. - Observar a presença de sinais verbais e não verbais de ansiedade.	- Sempre - Sempre - 1x e SQN - Sempre - 1x e SQN - Atenção
ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	- Promover ingestão nutricional adequada. - Orientar ingesta hídrica, quando adequado. - Orientar a paciente a evitar ducha vaginal, desodorantes locais, banhos de imersão ou perfumes na região vulvar. - Orientar a paciente a evitar irritantes vesicais, como café, álcool e bebidas carbonadas. - Orientar a paciente a fazer a higiene perianal em movimentos da frente para trás, a urinar antes e após o intercusso sexual e a usar calcinhas de algodão. - Administrar antibióticos, conforme prescrição. - Monitorar eliminação urinária.	- Atenção - 1x e SQN - 1x e SQN - 1x e SQN - 1x e SQN - Atenção - 1x/turno
DOR AGUDA	- Avaliar a dor (localização, início, duração, frequência, intensidade e fatores predisponentes). - Promover um ambiente confortável. - Administrar analgésicos, conforme prescrição.	- 1x/turno e SQN - Sempre - Atenção
NÁUSEA	- Identificar estratégias que tenham sido bem-sucedidas no alívio das náuseas. - Orientar alimentação fracionada em pequenas quantidades. - Orientar o consumo de líquidos frios, se possível. - Promover sono e repouso adequados. - Monitorar efeitos do controle da náusea.	- SQN - 1x/turno e SQN - 1x/turno e SQN - Atenção - 1x/turno
CONSTIPAÇÃO	- Orientar uma dieta com elevado teor de fibras.	- Atenção

	- Encorajar o aumento da ingestão hídrica, a menos que contraindicado. - Orientar a gestante e a família sobre a relação entre dieta, exercício e ingestão de líquidos e a constipação. - Administrar laxante/emoliente, conforme prescrição. - Administrar enema ou irrigação, conforme prescrição.	- 1x/turno e SQN - 1x/turno e SQN - Atenção - Atenção
RISCO DE VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE	- Orientar repouso no leito e posição lateral. - Registrar a ingestão e a eliminação. - Elevar extremidades inferiores. - Administrar derivados de sangue, conforme prescrição. - Monitorar a presença de sangramentos ou de cólicas. - Observar sinais de aborto espontâneo. - Monitorar sinais vitais maternos e batimentos cardíacos do feto.	- 1x/turno e SQN - 1x/turno - Atenção - Atenção - 1x/turno e SQN - Atenção - 1x/turno e SQN
RISCO DE INFECÇÃO	- Assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas. - Trocar os acessos endovenosos periféricos e os curativos, conforme protocolo da instituição. - Monitorar a temperatura materna. - Monitorar sinais e sintomas de infecção. - Orientar a paciente e os familiares sobre os sinais e sintomas de infecção e sobre a necessidade de relatá-los ao provedor de cuidados de saúde.	- Atenção - Atenção - 1x/turno e SQN - Atenção - 1x e SQN

Quadro 8 − Diagnósticos de enfermagem e cuidados de enfermagem elencados para puérperas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**	**APRAZAMENTO**
DOR AGUDA	- Avaliar a dor (localização, início, duração, frequência, intensidade e fatores predisponentes). - Promover um ambiente confortável. - Administrar analgésicos, conforme prescrição.	- 1x/turno e SQN - Sempre - Atenção
VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ	- Pesar a paciente e monitorar tendências. - Monitorar sinais e sintomas de retenção de líquidos. - Monitorar alterações no edema periférico. - Monitorar a ingestão e a eliminação. - Orientar restrição hídrica. - Orientar dieta com baixo teor de sódio ou sem adição de sal. - Administrar drogas hipotensoras, conforme prescrição. - Administrar diuréticos, conforme prescrição.	- 1x/dia - 1x/turno - 1x/turno - 1x/turno - 1x e SQN - Atenção - Atenção - Atenção
CONSTIPAÇÃO	- Orientar uma dieta com elevado teor de fibras. - Encorajar o aumento da ingestão hídrica, a menos que contraindicado. - Encorajar a deambulação precoce. - Orientar a paciente e a família sobre a relação entre dieta, exercício e ingestão de líquidos e a constipação. - Administrar laxante/emoliente, conforme prescrição. - Administrar enema ou irrigação, conforme prescrição.	- Atenção - 1x e SQN - 1x e SQN - 1x e SQN - Atenção - Atenção
RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	- Orientar sobre a forma de controlar a congestão das mamas (amamentação em livre demanda, com frequência e com a técnica correta). - Encorajar a mãe a alternar ambos os seios a cada amamentação. - Orientar a mãe a deixar o bebê mamar até soltar o peito. - Orientar a mãe a massagear e espremer a região da aréola	- 1x e SQN - 1x e SQN - 1x e SQN - 1x e SQN

	antes de amamentar para tirar um pouco de leite, se o peito estiver muito cheio. - Orientar o uso de sutiã de sustentação. - Orientar a mãe a não usar cremes, pomadas, sabão ou sabonete nos mamilos.	 - 1x e SQN - 1x e SQN
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	- Orientar a posição e a pega correta. - Orientar a mãe a iniciar o aleitamento pela mama sadia e depois passar para a mama com rachaduras. - Orientar a exposição das mamas aos raios do sol ou à luz artificial (lâmpada de 40 watts, a uma distância de 30 cm). - Ensinar e orientar a ordenha manual quando a mãe perceber o excesso de leite na mama. - Orientar a mãe a oferecer o peito ao bebê em livre demanda. - Orientar a amamentação sob livre demanda. - Orientar o uso de sutiã de sustentação. - Orientar a mãe a não usar cremes, pomadas, sabão ou sabonete nos mamilos.	- 1x e SQN - 1x e SQN - 1x e SQN - 1x e SQN - 1x e SQN - Sempre - 1x e SQN - 1x e SQN
HIPERTERMIA	- Monitorar a temperatura axilar. - Administrar medicação antipirética, conforme prescrição. - Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção (mamas, incisões cirúrgicas de cesárea ou de episiorrafia). - Promover a ingestão nutricional adequada. - Encorajar a ingestão de líquidos, se não houver restrição hídrica.	- 1x/turno - Atenção - 1x/turno e SQN - Atenção - 1x e SQN
RISCO DE VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE	- Monitorar sinais vitais. - Monitorar os lóquios (características, quantidade, cor, presença de coágulos). - Avaliar a distensão da bexiga. - Orientar a paciente a esvaziar a bexiga antes do exame pós-parto. - Monitorar e registrar a altura e a firmeza do fundo do útero. - Massagear suavemente o fundo de útero até que esteja firme. - Aplicar solução gelada no fundo do útero. - Colocar o bebê junto ao seio materno para estimular a produção de ocitocina. - Elevar membros inferiores. - Iniciar infusão EV, conforme prescrição. - Administrar ocitócitos EV ou IM, conforme prescrição. - Administrar derivados do sangue, conforme prescrição.	- 1x/turno e SQN - 1x/turno e SQN - 1x/turno e SQN - 1x/turno e SQN - SQN - SQN - 1x/turno e SQN - 3h/3h - 1x/turno e SQN - Atenção - Atenção - Atenção
RISCO DE INFECÇÃO	- Assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas. - Trocar os acessos endovenosos periféricos e os curativos, conforme protocolo da instituição. - Monitorar a temperatura axilar. - Monitorar sinais e sintomas de infecção. - Avaliar mamas (consistência, presença de nódulos, tipos de mamilos). - Examinar a condição da incisão cirúrgica (cesárea ou episiorrafia). - Examinar os membros inferiores quanto à coloração, temperatura e perfusão periférica, em busca de sinais de tromboflebites. - Verificar sinais de Homan e Bandeira. - Orientar a paciente e os familiares sobre os sinais e sintomas de infecção e sobre a necessidade de relatá-los	- Atenção - Atenção - 1x/turno e SQN - Atenção - 1x/turno e SQN - 1x/turno e SQN - 1x/turno e SQN - 1x/turno e SQN - 1x/turno e SQN

	ao provedor de cuidados de saúde.	

Quadro 9 − Diagnósticos de enfermagem e cuidados de enfermagem elencados para binômios mãe/recém-nascido.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
AMAMENTAÇÃO INEFICAZ	- Observar o bebê junto ao peito para determinar a posição correta, o deglutir audível e o padrão de sucção/deglutição.	- Atenção
	- Orientar a mãe a posicionar-se corretamente.	- 1x/turno e SQN
	- Orientar sobre a técnica apropriada para interromper a sucção do bebê, com auxílio do dedo mindinho.	- 1x/turno e SQN
	- Promover conforto e privacidade nas primeiras tentativas de amamentação, se possível.	- Atenção
	- Encorajar a sucção não nutritiva no seio.	- 1x/turno e SQN
	- Encorajar a mãe a permitir que o bebê seja amamentado o tempo que desejar.	- 1x/turno e SQN
	- Monitorar o reflexo de descida do leite.	- Atenção
	- Orientar a mãe sobre a forma de fazer o bebê eructar.	- 1x/turno e SQN
	- Orientar o uso de sutiã de sustentação.	- 1x/turno e SQN
	- Orientar a mãe a não usar cremes, pomadas, sabão ou sabonete nos mamilos.	- 1x/turno e SQN
	- Realizar teste de glicemia no recém-nascido.	- SQN
AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA	- Orientar o enfaixamento das mamas.	- 1x/turno e SQN
	- Iniciar o inibidor de lactação de maneira precoce, conforme prescrição.	- Atenção
	- Destinar enfermaria com dois leitos à paciente, se possível.	- Atenção
	- Promover privacidade no momento de troca do enfaixamento das mamas.	- Atenção
	- Orientar a mãe a não oferecer chupeta ao bebê.	- 1x/turno e SQN
	- Orientar a mãe a alimentar o bebê com o leite fornecido pelo Banco de Leite em mamadeira com bico.	- 1x/turno e SQN
	- Orientar a mãe a não realizar o aleitamento cruzado.	- 1x/turno e SQN

Quadro 10 − Diagnósticos de enfermagem e cuidados de enfermagem elencados para recém-nascidos.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	- Instilar 10 gotas de solução fisiológica morna nas narinas antes das mamadas.	- 1x/turno e SQN
	- Observar padrão respiratório.	- Atenção
	- Observar a presença de cianose de extremidades e/ou perioral.	- Atenção
	- Manter decúbito dorsal elevado.	- Atenção
	- Supervisionar/observar sucção no seio materno.	- 1x/turno e SQN
RISCO DE DESEQUILÍBRIO NA TEMPERATURA CORPORAL	- Monitorar a temperatura do corpo do recém-nascido.	- 1x/turno e SQN
	- Prover ambiente aquecido, livre de correntes de ar.	- Atenção
	- Suprimir fontes de perda de calor.	- Atenção
	- Manter lençóis, cobertores e roupas do bebê secos.	- Atenção
	- Dar o primeiro banho no recém-nascido após estabilização da temperatura.	- Atenção
	- Orientar a mãe sobre cuidados para manutenção da temperatura do recém-nascido.	- 1x/turno e SQN
HIPOTERMIA	- Verificar a temperatura axilar.	- 1x/turno e SQN
	- Orientar a mãe a trocar fraldas e cobertas do recém-nascido sempre que estiverem molhadas.	- Atenção
	- Suprimir fontes de perda de calor.	- Atenção

	- Envolver a cabeça e o corpo do recém-nascido em manta aquecida ou cobertor. - Observar complicações do resfriamento: hipóxia, acidose respiratória, hipoglicemia, perda de peso. - Observar cianose de extremidades/perioral. - Comunicar o médico caso a hipotermia persistir por uma hora após a implementação dos cuidados de enfermagem.	- 1x/turno e SQN - Atenção - Atenção - Atenção
HIPERTERMIA	- Verificara temperatura. - Retirar o excesso de roupa. - Suprimir o uso de cobertas e de touca. - Dar banho morno de imersão. - Comunicar o médico caso a hipertermia persistir por uma hora após a implementação dos cuidados de enfermagem. - Observar sinais de septicemia: função respiratória, pele, pouca alimentação, irritabilidade, sinais de infecção localizada (pele, cicatriz umbilical, olhos, lacerações do parto).	- 1x/turno e SQN - Atenção - Atenção - 1x - Atenção - Atenção
RISCO PARA INFECÇÃO	- Incentivar o aleitamento materno. - Monitorar temperatura do corpo do recém-nascido. - Oferecer água destilada à mãe para uso em higiene ocular. - Orientar a mãe a realizar curativo do coto umbilical com álcool 70%. - Manter o coto umbilical seco e exposto ao ar, colocando a fralda abaixo dele. - Observar sinais de infecção: pele, cicatriz umbilical, olhos, lacerações do parto.	- Sempre - Atenção - 1x/turno e SQN - 1x/turno e SQN - Atenção - Atenção
RISCO PARA ASPIRAÇÃO	- Orientar a mãe a manter o recém-nascido na posição vertical ao ser alimentado. - Instruir a mãe sobre a necessidade de aguardar a eructação do recém-nascido após a mamada, para então colocá-lo no berço. - Manter o recém-nascido em decúbito dorsal elevado. - Observar a presença de cianose de extremidades e/ou perioral.	- 1x/turno e SQN - 1x/turno e SQN - Atenção - Atenção

Posteriormente à coleta documental e identificação dos diagnósticos de enfermagem, deu-se início à elaboração do histórico de enfermagem da gestante/puérpera (Quadro 11) e do histórico de enfermagem do recém-nascido (Quadro 12), fundamentados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, e direcionados para os diagnósticos de enfermagem da NANDA. Ao final da elaboração do PE contemplando os diagnósticos de enfermagem, os cuidados de enfermagem e os históricos de enfermagem, a proposta foi apresentada aos enfermeiros da UIO do HU/FURG, de forma a obter um consenso quanto ao material elaborado e sua adequação ao contexto de trabalho da UIO.

Quadro 11 − Modelo de histórico de enfermagem para a gestante/puérpera.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM*
□ GESTANTE □ PUÉRPERA

Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

I - IDENTIFICAÇÃO

1. Nome: _____ 2. Leito: _____ 3. Data de admissão: __/__/____ 4. N° de registro HU: _____ 5. Idade: ___ anos 6. Natural de: _____ 7. Reside na cidade de:_____
8. Escolaridade: □ Nenhuma □ Ensino Fundamental incompleto □ Ensino Fundamental completo □ Ensino Médio incompleto □ Ensino Médio completo 9. Profissão/Ocupação: □ do lar □ desempregada □ empregada:

II - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

1. Gesta: __ 2. Para: __ 3. Cesárea: __ 4. Aborto: __ 5. Intercorrências: □ ITU □ TPP □ DHEG □ Anemia □ Corrimento □ Outras:

III - GESTAÇÃO ATUAL

1. Gestação planejada: □ Sim □ Não
2. Pré-natal: □ Sim _____ n° de consultas □ Não
3. Intercorrências: □ ITU □ TPP □ DHEG □ Anemia □ Corrimento □ Outras:_____
4. Patologias: □ Sim □ HIV □ HAS □ Asma □ Diabetes □ SIDA □ Cardiopatia □ Insuficiência renal □ Outras: _____
5. Uso de medicação: □ Sim: _____ (nome, dose, horário) □ Não
6. Uso de drogas: □ Sim: _____ (tipo, nome, dose, horário) □ Não

V - DIAGNÓSTICOS DE NFERMAGEM

□ Eliminação urinária prejudicada
□ Risco de volume de líquidos deficiente
□ Volume de líquidos excessivo
□ Outro(s):
1._____
2._____

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

1. Oxigenação
1.1 Respiração:□ Eupnéica □ Dispnéica
1.2. Oxigenoterapia: □ Cateter/óculos nasal □ Máscara de venturi____% _____l/min
1.3. Tosse: □ Ausente □ Improdutiva □ Produtiva
1.4. Ausculta pulmonar: □ Sem alterações □ Roncos □ Sibilos □ Estertores
2. Nutrição e hidratação
2.1. N° de refeições por dia: □ 3 □ 5 □ mais de 5
2.2. Ingestão hídrica: □ até 1 L/dia □ até 2 L/dia □ mais de 2 L/dia
2.3. Alterações relacionadas à nutrição/hidratação: □ inapetência □ polifagia □ náuseas □ vômitos □ disfagia □ polidipsia
3. Eliminação
3.1. Eliminação urinária: □ Sem alterações □ Espontânea □ SVD □ Disúria □ Oligúria □ Polaciúria □ Incontinência □ Retenção □ Hematúria □ ITU
3.2 Eliminação vaginal: □ Ausente □ Líquidos amniótico □ Sangramento □ Lóquios sanguíneos □ Lóquios serosanguíneos □ Lóquios amarelos □ Odor característico □ Odor fétido □ Grande volume □ Moderado volume □ Pequeno volume
3.3. Eliminação intestinal: □ Sem alterações □ Diarréia □ Constipação □ Hemorróidas
Frequência habitual: _____
4. Aparelho reprodutivo
4.1. Genitália: □ Sem alterações □ Lesões: _____ □ Lacerações de parto □ Episiorrafia
4.2. Altura uterina: _____cm
4.3. Útero em involução: □ Indolor à palpação □ Doloroso à palpação
5. Integridade cutâneo-mucosa
5.1. Pele: □ Sem alterações □ Prurido □ Petéquias □ Hematomas
5.2. Rede venosa: □ Visível □ Pouco visível □ Cateter venoso: local_____
5.3. Mucosas: □ Coradas □ Hipocoradas □ Úmidas □ Ressecadas
5.4. Mamas: □ Sem alterações □ Fissura □ Ingurgitamento □ Mastite □ Abcesso □ Mama esquerda □ Mama direita
5.5. Mamilos: □ Protusos □ Planos □ Invertidos
5.6. Membros inferiores: □ Sem alterações □ Varizes □ Edema
6. Cuidado corporal
Higiene: □ boa □ Regular □ Ruim
7. Sono e repouso
□ Sem alterações □ Dificuldade para dormir □ Insônia □ Hipersonia □ Fadiga
8. Dor: □ Ausente □ Mama E □ Mama D □ Lombar □ Baixo-ventre □ Incisão cesárea □ Episiorrafia □ Períneo □ Membros inferiores □ Outra: _____
9. Amamentação
9.1. Presente: □ NSA □ Sem alterações
9.2. Dificuldade para amamentar: □ Pega incorreta □ Dor ao amamentar □ Pouca oferta mama ao RN
9.3. Ausente: □ Separação entre mãe e RN □ Contraindicação à amamentação □ RN natimorto □ Dificuldade para amamentar

□ Náusea
□ Eliminação urinária prejudicada
□ Constipação
□ Risco de infecção
□ Volume de líquidos excessivo
□ Perfusão tissular periférica ineficaz
□ Dor aguda
□ Risco de volume de líquidos deficiente
□ Risco de integridade da pele prejudicada
□ Integridade da pele prejudicada
□ Outro(s):
1._____
2._____
3._____
4._____
5._____

□ Amamentação ineficaz
□ Amamentação interrompida
□ Outro(s):
1._____
2._____
3._____

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

1. Estado civil: □ Solteira □ União consensual □ Casada □ Divorciada □ Viúva
2. Acompanhante: □ Sem acompanhante □ Mãe □ Sogra
3. Orientação no tempo e espaço
3.1. Nível de consciência: □ Lúcida □ Confusa
3.2. Nível de orientação: □ Orientada □ Desorientada
4. Conhecimento sobre o seu estado de saúde
□ Desconhece □ Ciente □ Apreensiva/Preocupada

□ Ansiedade
□ Outro(s):
1._____
2._____

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
1. Religião ou filosofia de vida:_____ □ Praticante □ Não praticante	
VI - EXAME FÍSICO	
1. Medidas antropométricas: 1.1. Peso: ____kg 1.2. Altura: ____cm 2. Sinais vitais: 2.1. PA__x__mmHg 2.2. Tax.: ___°C 2.3. FC: ___bpm 2.4. FR: __ mrpm 3. Idade gestacional: _____ 4. Exames laboratoriais: 4.1. HIV: □ Negativo □ Positivo 4.2. VDRL: □ Negativo □ Positivo 4.3. TS: □ A □ B □ AB □ O 4.4. Rh: □ Negativo □ Positivo	□ Hipertermia □ Outro(s): 1._____ _____ 2._____
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ DATA: __/__/____ ENFERMEIRO:_____ COREN:_____	

* Histórico de enfermagem adaptado de Busanello (2006).

No histórico de enfermagem das gestantes/puérperas, abrangeram-se as três dimensões propostas por Wanda Horta, quais sejam: psicobiológicas, psicológicas e psicoespirituais. Já, no caso do histórico de enfermagem do recém-nascido, abordou-se somente a esfera biológica. Entretanto, tendo em vista que a puérpera é avaliada quanto à sua interação com o bebê, a dimensão psicológica é incluída nesse aspecto, à medida que se considera o binômio mãe/filho como o foco de cuidado.

Quadro 12 − Modelo de histórico de enfermagem para o recém-nascido.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM*
RECÉM-NASCIDO

Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

I - IDENTIFICAÇÃO

1. RN de: 2. Nome:

II - DADOS DO PARTO E RN

1. Tipo de parto: □ Vaginal □ Cesárea 2. DN: __/__/____ 3. HN: ___h___min 4. Sexo: □ Feminino □ Masculino 5. Capurro: _____
6. APGAR: 1° min: e 2° min: 7. Exames: □ Nenhum □ Bilirrubina □ Hematócrito □ Outros:

III - EXAME FÍSICO				**VI - DIAGNÓSTICOS DE NFERMAGEM**
Cabeça/pescoço				
1. Fontanelas	Niveladas	Protuberantes	Deprimidas	□ Desobstrução ineficaz de vias aéreas □ Risco para infecção □ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal □ Outro(s): 1._____ _____ 2._____ _____ 3._____ _____ 4._____ _____
Anterior	□	□	□	
Posterior	□	□	□	
Suturas	□ Abertas	□ Fechadas	□ Sobrepostas	
2. Variações: □ Moldagem □ Cabeça □ Cefaloematoma				
	Normal	Anormal	Achados anormais	
3. Face:	□	□		
4. Olhos:	□	□		
5. Orelhas:	□	□		
6. Nariz (desobstrução):	□	□		
7. Boca (lábios, mucosas, língua, palato)	□	□		
8. Pescoço:	□	□		
Tórax				
9. Aparência(forma, mamas, mamilos)	□	□		
10. Ausculta respiratória	□	□		
Cardiovascular				
11. Ausculta cardíaca	□	□		
12. Pulso braquiais/femorais (força, igualdade)	□	□		
Abdome				
13. Aparência (forma, tamanho)	□	□		
14. Cordão umbilical	□	□		
15. Fígado (menor ou igual a 3cm)	□	□		
Genitália				
16. Feminina (lábios, introito, corrimento)	□	□		
17. Masculina (meato, escroto, testículos)	□	□		
18. Circuncisão: □ Sim □ Não	□	□		

Musculoesquelético

19. Tônus muscular	▫	▫
20. Membros (simetria, digitais, amplitude de movimentos)	▫	▫
21. Quadris(simetria, amplitude de movimentos)	▫	▫
22. Coluna vertebral (alinhamento, integridade)	▫	▫

Neurológico

23. Reflexos (presença, simetria)

Moro	▫	▫
Apreensão	▫	▫
Babinski	▫	▫
24. Choro (presença, Características)	▫	▫

Pele

25. Turgor: ▫ Bom ▫ Ruim
26. Estado: ▫ Macia ▫ Úmida ▫ Seca ▫ Rachada ▫ Descamativa
27. Cor: ▫ Rosada ▫ Corada ▫ Cianótica ▫ Pálida ▫ Icterícia

IV - NUTRIÇÃO/ALIMENTAÇÃO

1.Reflexos:	Sim	Não
Sucção	▫	▫
Deglutição	▫	▫

2. Tipo: ▫ Aleitamento materno
Frequência de mamadas: ____ vezes ____horas
Posicionamento: ▫ Correto ▫ Incorreto
Pega: ▫ Correta ▫ Incorreta
Deglutições adequadas e audíveis: ▫ Sim ▫ Não
▫ Alimento industrializado: Volume: ____ml Frequência:____vezes____ horas
3. Eructação após alimentação: ▫ Sim ▫ Não
4. Regurgitação: ▫ Não ▫ Sim
5. Uso de chupeta: ▫ Não ▫ Sim
6. Fezes (vezes/dia, cor, consistência):_____
_____
7. Urina (vezes/ dia, cor):_____
_____

▫ Risco para aspiração
▫ Amamentação ineficaz
▫ Amamentação interrompida
▫ Outro(s):
1._____
_____
2._____
_____

V- MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E SINAIS VITAIS

1. Medidas antropométricas: 1.1. Peso: ____kg 1.2. Comprimento: ____cm 1.3. Cabeça: ____cm 1.4. Tórax: ____cm
2. Sinais vitais: 2.1. Tax.: ___°C 2.2. Pulso: ___bpm 2.3. FR: __ mrpm

▫ Hipotermia
▫ Hipertermia
▫ Outro(s):
1._____
_____
2._____
_____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

DATA: __/__/____ ENFERMEIRO:_____ COREN:_____

* Histórico de enfermagem adaptado de Busanello (2006).

7 DISCUSSÃO

A discussão está estruturada em dois artigos científicos. O primeiro, intitulado "Processo de Enfermagem para gestantes à luz de Horta fundamentado em NANDA", realizado nas normas do periódico *Acta Paulista de Enfermagem*, responde parcialmente ao objetivo geral "elaborar uma proposta de processo de enfermagem contemplando históricos de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, prescrição de cuidados de enfermagem para gestantes e puérperas em Unidade de Internação Obstétrica à luz de Horta, fundamentada em NANDA" e aos objetivos específicos: "identificar os dados clínico-obstétricos mais frequentes das gestantes em Unidade de Internação Obstétrica; identificar os diagnósticos de enfermagem a partir dos dados clínico-obstétricos mais frequentes das gestantes em Unidade de Internação Obstétrica; elaborar modelos de histórico de enfermagem e de prescrição de cuidados de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem identificados".

O segundo artigo, intitulado "Proposta de Processo de Enfermagem para binômios mãe/filho em alojamento conjunto", realizado nas normas do periódico da *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, responde parcialmente ao objetivo geral "elaborar uma proposta de diagnósticos de enfermagem, prescrição de cuidados de enfermagem e histórico de enfermagem para gestantes e puérperas em Unidade de Internação Obstétrica à luz de Horta, fundamentada em NANDA" e aos objetivos específicos " identificar os dados clínico-obstétricos mais frequentes das puérperas em Unidade de Internação Obstétrica; identificar os diagnósticos de enfermagem a partir dos dados clínico-obstétricos mais frequentes das puérperas em Unidade de Internação Obstétrica; elaborar modelos de histórico de enfermagem e de prescrição de cuidados de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem identificados".

7.1 ARTIGO 1

ARTIGO ORIGINAL

Processo de Enfermagem para gestantes à luz de Horta fundamentado em NANDA[1]

Fernanda Demutti Pimpão[2]; Wilson Danilo Lunardi Filho[3]

RESUMO: Este estudo teve como objetivo elaborar uma proposta de Processo de Enfermagem contemplando histórico, diagnósticos de enfermagem, prescrição de cuidados de enfermagem para gestantes em Unidade de Internação Obstétrica à luz de Horta fundamentada em NANDA. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada em uma Unidade de Internação Obstétrica de um hospital universitário do Sul do Brasil. Realizou-se uma consulta documental em 41 prontuários de gestantes, com vistas à identificação dos diagnósticos e cuidados de enfermagem, baseados, respectivamente, na taxonomia II da *North American Diagnosis Association* 2009-2011 e da *Nursing Intervention Classification*. A análise foi efetuada por meio da apresentação da proposta construída e discussão com base em autores da área. Identificaram-se nove diagnósticos de enfermagem, sendo dois de risco, e elencados 51 cuidados de enfermagem. Este estudo pode contribuir para direcionar o cuidado de enfermagem às necessidades das gestantes, nesse microcenário, aproximando-se de uma assistência mais holística.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem obstétrica; Gestantes; Enfermagem.

---

[1] Extraído da dissertação de mestrado em Enfermagem "Proposta de Processo de Enfermagem em Unidade de Internação Obstétrica: históricos, diagnósticos e cuidados de enfermagem à luz de Horta fundamentada em NANDA", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf/FURG). Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

[2] Enfermeira. Mestranda do PPGEnf/FURG, integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES) e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (NEPES) da FURG. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Autor correspondente. Endereço: Zalony, nº 479. Centro. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 96.200-070. E-mail: fhernandapimpao@yahoo.com.br. Telefone: (53) 84.24.43.63.

[3] Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Escola de Enfermagem e do PPGEnf/FURG. Integrante do GEPOTES. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lunardifilho@terra.com.br

Nursing Process to a pregnant women in light of Horta and based in NANDA

ABSTRACT: This study aimed to develop a proposal of Nursing Process contemplating history, nursing diagnosis, nursing care to a pregnant roming-in in light of Horta and based in NANDA. It is a study qualitative, descriptive and exploratory held in an obstetric inpatient unit of a university hospital in southern Brazil. We carried out a consultation document in 41 patient's medical notes in order to identify the diagnoses and nursing care, based respectively on Taxonomy II of the North American Diagnosis Association 2009-2011 and Nursing Intervention Classification. The analysis was performed through the presentation of the Nursing Process that was discussed based in experts authors. We identified nine nursing diagnoses, two risk, and listed 51 nursing care. This study may contribute to direct nursing care for the pregnant women's needs of in small space, approaching a more holistic care.
Descriptores: Nursing Diagnosis; Obstetrical nursing; Pregnant women; Nursing.

Proceso de Enfermería en mujeres embarazadas bajo el Horta y fundamentada en NANDA

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo desarrollar una propuesta de Proceso de Enfermería contemplando historia, diagnósticos de enfermería, cuidados de enfermería para mujeres embarazadas en unidad de hospitalización obstétrica bajo el Horta y fundamentada en NANDA. Es un salto cualitativo, exploratorio descriptivo, realizado en una unidad de hospitalización obstétrica de un hospital universitario en el sur de Brasil. Se realizó una consulta documental en 41 prontuarios de los pacientes con el fin de identificar los diagnósticos y cuidados de enfermería, basados respectivamente en la taxonomía II de la North American Diagnosis Association 2009-2011 y la Nursing Intervention Classification. El análisis se realizó através de la presentación y discusión de la propuesta sobre la base de los autores da area. Se identificaron nueve diagnósticos de enfermería, dos de riesgo, y la lista de 51 cuidados de enfermería. Este estudio puede contribuir a la atención directa de enfermería a las necesidades de las mujeres embarazadas en pequeño espacio, acercándose más de una atención integral.
Descritores: Diagnóstico de Enfermería; Enfermería obstétrica; Mujeres embarazadas; Enfermería.

INTRODUÇÃO

É inegável a melhoria da cobertura e da assistência à mulher brasileira nas últimas décadas. Entretanto, os elevados índices de mortalidade materna indicam a precariedade da atenção à saúde desse grupo populacional e as baixas condições socioeconômicas. Em âmbito mundial, estima-se que, aproximadamente, 536.000 mulheres morreram em decorrência de complicações no ciclo gravídico-puerperal, no ano de 2005, da quais 85% viviam em países subdesenvolvidos[1].

No Brasil, a mortalidade materna, no ano de 2003, correspondeu a 1.572 óbitos, concentrando os maiores índices nas regiões Nordeste e Sudeste e o menor índice na região Centro-Oeste[2]. A mortalidade no ciclo gravídico-puerperal, inclusive em decorrência de aborto, apesar de não estar entre as dez primeiras causas de mortalidade na população feminina brasileira, representa um relevante problema de saúde pública, diante do fato de a gravidez ser um evento fisiológico da mulher; portanto, não deveria culminar em doença, tampouco ter a morte como desfecho[1].

Outrossim, destaca-se que a assistência à saúde da mulher permanece fortemente arraigada às antigas práticas intervencionistas, que desvalorizam sua individualidade, autonomia e subjetividade. A realidade demonstra uma assistência focada na clínica, com predomínio do modelo biomédico, num ambiente com pouco ou nenhum espaço para o exercício da cidadania, no qual as mulheres ficam submetidas ao exercício de poder das instituições e profissionais de saúde, entre eles, os de enfermagem. Assim, o cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal vem sendo caracterizado pela violência de profissionais de saúde e de enfermagem, que desvalorizam o contexto sociocultural, a história pessoal e as necessidades subjetivas dessas usuárias de saúde[3].

A atual conjuntura de assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, no desafio de promover a ruptura dessa abordagem fragmentada, biologicista e hospitalocêntrica, considerando a mulher na sua integralidade[4], implica, necessariamente, uma reestruturação dos serviços de saúde, em termos de organização e articulação entre os diferentes estabelecimentos de saúde e em relação às práticas dos profissionais de saúde[5].

Quanto ao fazer da enfermagem, a adoção do Processo de Enfermagem (PE), na assistência durante o ciclo gravídico pode auxiliar o enfermeiro a identificar

os problemas de saúde, possibilitando chegar aos enunciados diagnósticos e, posteriormente, aos cuidados de enfermagem. Além disso, também auxilia o enfermeiro a perceber a necessidade de solicitar a avaliação de outros profissionais da área, especialmente em situações críticas, em que a atuação médica é exigida e primordial para evitar complicações e, principalmente, a morte materna. Destarte, entende-se que a utilização do PE, sobretudo a etapa diagnóstica, constitui-se como uma maneira de reorganizar a assistência de enfermagem em torno das necessidades básicas da gestante, considerando os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. Sua adoção, na prática assistencial, em conjunto com uma mudança de postura da enfermagem, voltada ao cuidado holístico, pode contribuir para promover rupturas no atual modelo de assistência à saúde e qualificar a assistência à gestante.

Assim, justifica-se a realização deste estudo pela relevância em conhecer os problemas de saúde e de enfermagem mais comuns que as gestantes apresentam em um microcenário. Além disso, possibilita a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem (DEs) e cuidados de enfermagem mais frequentes, para, dessa forma, atentar para os cuidados prioritários a serem implementados na assistência à gestante. Assim, este estudo teve como **objetivo** elaborar uma proposta de Processo de Enfermagem contemplando histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem e prescrição de cuidados de enfermagem para gestantes em Unidade de Internação Obstétrica à luz de Horta, fundamentada em NANDA.

METODOLOGIA

Este estudo é um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Proposta de Processo de Enfermagem em Unidade de Internação Obstétrica: históricos, diagnósticos e cuidados de enfermagem à luz de Horta fundamentada em NANDA”, na qual se utilizou a metodologia qualitativa, descritiva e exploratória. O cenário investigativo foi uma Unidade de Internação Obstétrica (UIO) de um hospital universitário do Sul do Brasil que presta atendimento às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência para o atendimento da gestação de alto risco.

A construção do PE iniciou com a consulta documental aos prontuários das pacientes, sendo realizada nos meses de abril e maio de 2011, em que se buscou a identificação de variáveis clínico-obstétricas mais frequentes de usuárias de saúde internadas no mês de setembro de 2010, nessa UIO. Ressalta-se que, neste estudo, são apresentados somente os dados referentes às gestantes e que o mês de

internação foi escolhido aleatoriamente. Neste estudo, serviram de base 41 prontuários de saúde das gestantes.

Consultaram-se registros médicos e de enfermagem. Dentre as variáveis investigadas, destacam-se as patologias prévias à gestação e as alterações de saúde das gestantes, durante o período de internação na referida unidade. Esses dados coletados foram agrupados por convergência e explorados, com vistas à identificação de DEs, com base no sistema de classificação da Taxonomia II da *North American Diagnosis Association* (NANDA) 2009-2011[6]. Optou-se pela utilização desse sistema de classificação por ele ser comumente seguido nas atividades teórico-práticas dos acadêmicos de enfermagem no referido hospital. Para cada DE, elencaram-se os cuidados de enfermagem com base na *Nursing Intervention Classification* (NIC) e em outros estudos da área[7].

Ao final da identificação dos DEs e dos cuidados de enfermagem, deu-se início a elaboração do histórico de enfermagem, fundamentado em Horta e direcionado para os DEs identificados. A análise foi realizada por meio da apresentação da proposta construída, sendo sustentada por assertivas de autores pertinentes à área do estudo.

Para o estudo, observaram-se todas as recomendações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde[8]. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPas) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), obtendo-se a aprovação sob parecer nº 145/2010.

RESULTADOS

No período de abril e maio de 2011, foram consultados 41 prontuários das gestantes da UIO, com vistas à identificação dos DEs e dos cuidados de enfermagem. Cabe destacar que a grande maioria dos registros de saúde nos prontuários foi efetuada por médicos, correspondentes às notas de admissão, às evoluções diárias e às notas de alta. Os registros de enfermagem, encontrados em número reduzido, foram realizados predominantemente por acadêmicos de enfermagem e, em geral, correspondiam ao histórico de enfermagem e à evolução de enfermagem. Em menor escala, também foram encontrados DEs e cuidados de enfermagem.

É preciso salientar que o cenário em estudo não adota, ao menos formalmente, o registro do PE em sua rotina de trabalho, cuja realização, na maioria das vezes, fica ao encargo dos acadêmicos de enfermagem, durante a execução

das atividades pertinentes às diferentes disciplinas teórico-práticas, o que explica a predominância de registros por eles efetuados. Com base nos dados de saúde mais frequentes, coletados no prontuário das gestantes identificaram-se nove DEs, dos quais dois foram de risco (Tabela 1).

Os DEs encontrados foram: volume de líquidos excessivo (N=24), perfusão tissular periférica ineficaz (N=24), ansiedade (N=16), eliminação urinária prejudicada (N=9), dor aguda (N=8), náusea (N=4) e constipação (N=4). Como DEs de risco, identificaram-se: risco de volume de líquidos deficiente (N=10) e risco de infecção. Este último foi incluído pelos autores do estudo, tendo em vista que a assistência de enfermagem à gestante na UIO, em geral, prevê procedimentos invasivos, como o acesso venoso periférico e a sondagem vesical de demora, os quais representam uma porta de entrada para a infecção.

Tabela 1 – Cuidados de enfermagem elencados para os Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes identificados nas gestantes que tiveram internações no mês de setembro de 2010, em uma Unidade de Internação Obstétrica de um hospital universitário do Sul do Brasil. Rio Grande, RS, 2012.

Diagnósticos de Enfermagem e cuidados de enfermagem
Volume de líquidos excessivo **Perfusão tissular periférica ineficaz** - Pesar a paciente e monitorar tendências. - Monitorar sinais e sintomas de retenção de líquidos. - Monitorar alterações no edema periférico. - Monitorar a ingestão e a eliminação. - Orientar restrição hídrica. - Orientar dieta com baixo teor de sódio ou sem adição de sal. - Orientar e explicar os benefícios do decúbito lateral esquerdo. - Monitorar sinais vitais maternos (frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura e frequência respiratória), antes, durante e após a infusão de medicamentos. - Avaliar vitalidade fetal pela movimentação fetal. - Auscultar e anotar os batimentos cardíacos fetal e os ritmos. - Controlar o gotejamento do soro. - Administrar drogas hipotensoras, conforme prescrição. - Administrar diuréticos, conforme prescrição. **Ansiedade** - Usar uma abordagem calma e segura. - Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que a gestante possa ter durante o procedimento. - Oferecer informações reais sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico. - Encorajar a família a apoiar a paciente.

- Orientar o uso de técnicas de relaxamento.
- Observar a presença de sinais verbais e não verbais de ansiedade.

Eliminação urinária prejudicada

- Promover ingestão nutricional adequada.
- Orientar ingesta hídrica, quando adequado.
- Orientar a paciente a evitar ducha vaginal, desodorantes locais, banhos de imersão ou perfumes na região vulvar.
- Orientar a paciente a evitar irritantes vesicais, como café, álcool e bebidas carbonadas.
- Orientar a paciente a fazer a higiene perianal em movimentos da frente para trás, a urinar antes e após o intercusso sexual e a usar calcinhas de algodão.
- Administrar antibióticos, conforme prescrição.
- Monitorar eliminação urinária.

Dor aguda

- Avaliar a dor (localização, início, duração, frequência, intensidade e fatores predisponentes).
- Promover um ambiente confortável.
- Administrar analgésicos, conforme prescrição.

Náusea

- Identificar estratégias que tenham sido bem-sucedidas no alívio das náuseas.
- Orientar alimentação fracionada em pequenas quantidades.
- Orientar o consumo de líquidos frios, se possível.
- Promover sono e repouso adequados.
- Monitorar efeitos do controle da náusea.

Constipação

- Orientar uma dieta com elevado teor de fibras.
- Encorajar o aumento da ingestão hídrica, a menos que contraindicado.
- Orientar a gestante e a família sobre a relação entre dieta, exercício e ingestão de líquidos e a constipação.
- Administrar laxante/emoliente, conforme prescrição.
- Administrar enema ou irrigação, conforme prescrição.

Risco de volume de líquidos deficiente

- Orientar repouso no leito e posição lateral.
- Registrar a ingestão e a eliminação.
- Elevar extremidades inferiores.
- Administrar derivados de sangue, conforme prescrição.
- Monitorar a presença de sangramentos ou de cólicas.
- Observar sinais de aborto espontâneo.
- Monitorar sinais vitais maternos e batimentos cardíacos do feto.

Risco de infecção

- Assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas.
- Trocar os acessos endovenosos periféricos e os curativos, conforme protocolo da instituição.
- Monitorar a temperatura materna.
- Monitorar sinais e sintomas de infecção.

- Orientar a paciente e os familiares sobre os sinais e sintomas de infecção e sobre a necessidade de relatá-los ao provedor de cuidados de saúde.

DISCUSSÃO

Percebe-se que alguns dos DEs identificados estão relacionados às mudanças (biológicas e psicológicas) decorrentes da gestação, as quais preparam a mulher para gerar o concepto. Já outros estão associados diretamente aos diagnósticos médicos (clínicos e/ou obstétricos), tais como: hipertensão, trabalho de parto prematuro e infecção do trato urinário. Alguns também foram encontrados em outros estudos da área.

Estudo com gestantes de alto risco, que buscou identificar os DEs mais comuns, segundo a taxonomia da NANDA 1999-2000, apontou sete deles, encontrados em 50% ou mais dos casos: risco para infecção, manutenção da saúde alterada, conforto alterado, risco para amamentação ineficaz, padrões de sexualidade alterados, medo e dor[9].

Outro estudo identificou 45 DEs em gestantes assistidas por enfermeiros obstetras, sendo cinco os mais frequentes: risco para infecção, risco para lesão fetal, risco para distúrbio do autoconceito, déficit de conhecimento e conforto alterado[10].

Outra pesquisa, cujo objetivo foi elaborar um formulário de Sistematização da Assistência de Enfermagem às pacientes com Síndrome da Hipertensão Específica da Gestação, a partir da identificação dos DEs, segundo a taxonomia da NANDA 2009-2011, sinalizou 26, sendo 11 os mais frequentes[11]. Desses, quatro coincidem com aqueles identificados neste estudo: risco de infecção, dor aguda, volume de líquidos excessivo e náusea.

O DE **volume de líquidos excessivo** é definido como “retenção aumentada de líquidos isotônicos”[6:109]. Neste estudo, identificaram-se como possíveis características definidoras alterações da pressão arterial (hipertensão) e edema. O DE **perfusão tissular periférica ineficaz** é definido como “redução na circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde”[6:165]. O edema foi identificado como possível característica definidora e a hipertensão, como possível fator relacionado.

A hipertensão é a intercorrência clínica mais frequente durante a gestação, ocorrendo em 10% dos casos, e suas complicações são as maiores causas de morbidade e mortalidade materna e fetal. Sua evolução para pré-eclâmpsia, se severa, pode ter repercussões negativas na saúde do binômio mãe/feto, levando a altos índices de prematuridade e retardo de crescimento fetal[12] . Corroborando esse dado, estudo realizado na cidade de São Paulo demonstrou que a hipertensão

arterial na gestação apresenta uma associação significativa com baixo peso e prematuridade do neonato[13]. O DE volume de líquidos excessivo é frequente nas gestantes hipertensas, conforme evidenciado em outras pesquisas[11,12], enquanto que perfusão tissular periférica ineficaz não foi observado em nenhum estudo.

O DE **ansiedade** pode ser comum na gestante, sobretudo, durante a hospitalização. Neste estudo, ele esteve atrelado à falta de informação, quanto ao estado de saúde da gestante e de seu concepto, assim como ao tratamento e ao prognóstico. A ansiedade também surgiu nos casos de um risco iminente à saúde da gestante ou de sua prole. Assim, as características definidoras apontadas para esse DE incluíram ansiedade, apreensão, preocupação e sofrimento. Já os fatores relacionados a esse DE encontrados foram mudança no estado de saúde e ameaça ao estado de saúde.

Estudo com 66 gestantes demonstrou que a ansiedade esteve presente em 45,5% das mulheres investigadas[15]. Outros também evidenciaram a ansiedade na gestação de alto risco[10,11,16], o que pode indicar uma forte associação entre o estado de saúde da gestante e o desenvolvimento da ansiedade. Os quadros de ansiedade são comuns na gravidez e podem ter efeitos prejudicais ao concepto, quando não tratados em tempo hábil, tais como maior risco de prematuridade e baixo peso ao nascer[17]. Os efeitos podem se estender, inclusive, para a infância dos bebês, de acordo com as resultados de um estudo de coorte realizado com 5.810 crianças, no Reino Unido, que demonstrou uma forte associação entre o estresse fetal desencadeado pela ansiedade materna com o desenvolvimento de asma na infância[18].

O DE **eliminação urinária prejudicada**, conceituado como “disfunção na eliminação de urina”[6:116], foi elencado neste estudo, por meio da identificação da característica definidora disúria e do fator relacionado à infecção do trato urinário, encontrado em diversos estudos[9,11,19]. Isso ocorre porque as mudanças na estrutura renal, decorrentes da gestação, provocam a dilatação da pelve renal e dos ureteres, o que facilita a estagnação urinária. Além disso, há o aumento da presença de nutrientes na urina, especialmente a glicose, tornando a gestante mais suscetível à infecção do trato urinário[20].

Outra pesquisa com 2.557 mães residentes no município de Rio Grande, no Sul do Rio Grande do Sul, apontou que 52% das mulheres investigadas tiveram infecção urinária durante a gestação atual. Além disso, a infecção esteve altamente

associada ao corrimento vaginal, ampliando potencialmente o risco de prematuridade e, consequentemente, do óbito infantil[21].

O DE **dor aguda** – definido como "experiência sensorial e emocional desagradável, que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve à intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses"[6:375] – foi também encontrado no estudo. Como característica definidora, identificou-se o relato verbal de dor presente nos registros médicos e de enfermagem investigados. Metade das gestantes tinha dor lombar e a outra metade queixava-se de dor ao urinar, decorrente de infecção do trato urinário.

Em estudo realizado no estado de Goiás, cerca de 80% das gestantes investigadas apresentaram tal DE. Além da dor lombar, os resultados apontaram outros locais, tais como os membros inferiores, a pelve e a região inguinal, sendo observada principalmente no terceiro trimestre da gestação[19], momento em que há o aumento do abdômen, alteração do centro de gravidade da mulher e, consequentemente, sobrecarga da curvatura lombar e cervicotorácica. Em outras pesquisas[9,11,14], esse DE também foi evidenciado. Alguns cuidados podem aliviar e/ou prevenir o desconforto, como "manter a boa postura e a mecânica do corpo; evitar a fadiga; usar sapatos de salto baixo; os suportes abdominais podem úteis; relaxamento consciente; dormir em colchão firme; [...] massagens nas costas; repouso"[20:251]. Já a disúria pode ser tratada pela remoção da causa subjacente, a infecção do trato urinário.

O DE **náusea** é conceituado como "uma sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrio ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de vomitar"[6:377]. Esse DE foi selecionado a partir do registro no prontuário da característica definidora relato de náusea e do fator relacionado gravidez. A náusea é uma queixa comumente apresentada pela maioria das gestantes, sendo relatada em 50 a 75% dos casos, podendo evoluir para vômito. Tal desconforto tem início no primeiro trimestre da gestação e tende a diminuir no início do segundo. A causa, possivelmente, está atrelada ao aumento do hormônio gonadotrofina coriônica humana (hCG)[20]. Corroborando esse achado, outros estudos apresentam a náusea como fator relacionado aos DEs referentes ao sono e repouso[22], como característica definidora

do DE conforto alterado[10] e também como DE, sendo mais frequente no primeiro e segundo trimestres da gestação[9,11,19].

O DE **constipação**, definido como "diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas"[6:125], foi elencado por meio da característica definidora incapacidade de eliminar fezes e do fator relacionado gravidez.

A ocorrência desse DE é identificada na maioria das gestantes[9-11,14,19], pois se sabe que, durante a gestação, ocorre uma série de modificações no sistema gastrintestinal que tornam comum a presença da constipação, da náusea e do vômito. Dentre essas modificações, citam-se: flutuação do apetite; diminuição da secreção intestinal; alteração na função hepática; alteração anatômica do colón, o qual se desloca lateralmente para cima e para trás; acréscimo de progesterona, causando redução do peristaltismo. Além disso, a suplementação oral de ferro também pode favorecer a constipação[20].

Entre os DEs de risco, elencou-se **risco de volume de líquidos deficiente**, conceituado como "risco de desidratação vascular, celular ou intracelular"[6:111] e identificado a partir do fator de risco perdas excessivas por vias normais, considerando o trabalho de parto prematuro e o aborto. Contrariando esse achado, um estudo[9] que identificou esse DE em gestantes de risco não estabelece relação com o trabalho de parto prematuro. Outros autores[16] identificaram déficit no volume de líquidos relacionado à diminuição da ingesta hídrica, que teria como correspondente, na nomenclatura atual da NANDA, o DE volume de líquidos deficiente, que também foi encontrado em gestantes de baixo risco atendidas no serviço de pré-natal, em um hospital de São Paulo; todavia, o estudo não faz referência às características definidoras e aos fatores relacionados[10].

O trabalho de parto prematuro "ocorre após a 20ª semana, porém, antes da 37ª". Ainda que seja difícil o seu reconhecimento, quando no início[20:251], a gestante pode ser orientada a identificá-lo na presença dos sinais e sintomas: contrações uterinas regulares, durante pelos menos uma hora, mesmo que indolores; sensação de peso no baixo-ventre; alteração no fluxo vaginal. Nesses casos, é importante orientar o repouso da gestante no leito e manter vigilância contínua das contrações uterinas e da vitalidade fetal, de forma a atuar em tempo hábil, caso ocorra evolução do trabalho de parto prematuro[23].

O DE **risco de infecção**, definido como “risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos”[6:329], foi elencado, tendo em vista os possíveis fatores de risco: “[...] defesas primárias inadequadas (pele rompida, estase de fluídos orgânicos, mudanças de pH das secreções, peristaltismo alterado), defesas secundárias inadequadas (diminuição de hemoglobina, leucopenia), exposição ambiental aumentada a patógenos, procedimentos invasivos [...]”[6:329]. É usualmente encontrado em gestantes devido aos procedimentos invasivos realizados durante internação hospitalar e a maior suscetibilidade às infecções, especialmente aquelas do trato geniturinário, consequentes das modificações hormonais e anatômicas da gestação. Nesse caso, listam-se, ainda, as gestantes que não recebem a dose imunizante contra o tétano e que não fazem uso de preservativo nas relações sexuais[9-11,16,19,24].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos registros de saúde nos prontuários consultados ainda estarem aquém do esperado, sobretudo quanto aos registros de enfermagem, considera-se que sua análise possibilitou conhecer os problemas de saúde e de enfermagem mais comuns apresentados pelas gestantes e sinalizou a necessidade de sistematizar e explicitar a prática da enfermagem, por meio da utilização e documentação do PE, com vistas a uma assistência mais qualificada e holística. Assim, este estudo permitiu a identificação de nove DEs, sendo dois de risco, e 51 cuidados de enfermagem possíveis de serem prestados às gestantes internadas em uma UIO. Dentre os DEs, os mais frequentes foram: volume de líquidos excessivo, perfusão tissular periférica ineficaz, ansiedade, eliminação urinária prejudicada, dor aguda, náusea e constipação. Como DEs de risco, identificaram-se: risco de volume de líquidos deficiente e risco de infecção.

No entanto, há ressalva quanto ao uso dessas informações, pois cada gestante é única; embora seus problemas de saúde possam ser comuns a outras, suas necessidades são diferenciadas. Portanto, ainda que os DEs possam ser os mesmos para várias gestantes, a assistência de enfermagem deve ser orientada seguindo as necessidades individuais de cada uma, o que exige um olhar clínico aguçado do enfermeiro e da equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
3. Almeida MS, Silva IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(2): 347-54.
4. Vieira F, Bachion MM, Salge AKM, Munari DB. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010; 14(1): 83-9.
5. Castilho NC, Ribeiro PC, Chirelli MQ. A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(2): 280-9.
6. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2010.
7. Dochterman JMcC, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem. 4ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 988p.
8. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília; 1996.
9. Gouveia HG, Lopes MHBM. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de alto risco. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004; 12(2): 175-82.
10. Lacava RMVB, Barros SMO. Diagnósticos de enfermagem na assistência às gestantes. Acta Paul Enf. 2004; 17(1): 9-17.
11. Aguiar MI, Freire PBG, Cruz IMP, Linard AG, Chaves ES, Rolim ILTP. Sistematização da Assistência de Enfermagem a paciente com Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação. Rev Rene. 2010; 11(4): 66-75.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal

e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 163p.

13. Chaim SRP, Oliveira SMJV, Kimura AF. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. Acta Paul Enferm. 2008; 21(1): 53-8.
14. Reiners AAO, Dióz M, Teixeira NZF, Gonçalves PMS. Diagnósticos de enfermagem em gestantes hipertensas. Rev Min Enferm. 2009; 13(2): 232-7.
15. Alves VM, Moura ZA, Palmeira ILT, Lopes MVO. O estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de saúde. Acta Paul Enferm. 2006; 19(1): 70-5.
16. Farias MCAD, Nóbrega MML. Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso. Rev Latino-Am Enfermagem. 2000; 8(6): 59-67.
17. Araújo DMR, Pereira NL, Kac G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. Cad Saúde Pública. 2007; 23(4): 747-56.
18. Cookson H, Granell R, Joinson C, Ben-Shlomo Y, Henderson AJ. Mothers' anxiety during pregnancy is associated with asthma in their children. J Allergy Clin Immunol. 2009; 123(4): 847-53.
19. Pereira SVM, Bachion MM. Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. Rev Bras Enferm. 2005; 58(6): 659-64.
20. Lowdermilk DL. O cuidado em enfermagem materna. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. 928p.
21. Cesar AJ, Mendoza-Sassi RA, González-Chica DA, Menezes EHM, Brink G, Pohlmann M, Fonseca TMV. Prevalência e fatores associados à percepção de ocorrência de corrimento vaginal patológico entre gestantes. Cad Saúde Pública. 2009; 25(12): 2705-14.
22. Arcanjo Z, Alves VM, Palmeira ILT, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem referentes ao sono e repouso. Rev Enferm UERJ. 2006; 14(3): 378-84.
23. Bittar RE, Fonseca EB, Zugaib M. Predição e prevenção do parto pré-termo. Femina. 2010; 38(1): 13-22.
24. Barros SMO, Costa CAR. Consulta de enfermagem a gestantes com anemia ferropriva. Rev Latino-Am Enfermagem. 1999; 7(4): 105-11.

7.2 ARTIGO 2

ARTIGO ORIGINAL

PROPOSTA DE PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA BINÔMIOS MÃE/FILHO EM ALOJAMENTO CONJUNTO[1]

PROPOSAL OF NURSING PROCESS FOR BINOMIALS MOTHER/CHILD IN ROMING-IN

PROPUESTA DE PROCESSO DE ENFERMERÍA PARA BINOMIOS MADRE/HIJO EM ALOJAMIENTO CONJUNTO

Fernanda Demutti Pimpão[2]

Wilson Danilo Lunardi Filho[3]

RESUMO: Este estudo tem como objetivo elaborar uma proposta de Processo de Enfermagem contemplando históricos de enfermagem, diagnósticos de enfermagem e prescrição de cuidados de enfermagem para binômios mãe/filho em alojamento conjunto à luz de Horta fundamentada em NANDA. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada em uma Unidade de Internação Obstétrica de um hospital universitário do Sul do Brasil. Consultaram-se 129 prontuários com vistas à identificação dos diagnósticos e cuidados de enfermagem, baseados, respectivamente, na taxonomia II da *North American Diagnosis Association* 2009-2011 e da *Nursing Intervention Classification*. A análise foi efetuada por meio da apresentação da proposta construída e discussão com base em autores da área. Foram identificados, no total, 17 diagnósticos de enfermagem e elencados os possíveis cuidados de enfermagem. Almeja-se contribuir para direcionar o cuidado de enfermagem às necessidades das puérperas e recém-nascidos nesse microcenário, favorecendo a educação em saúde, a identificação precoce e a prevenção de complicações puerperais.

---

[1] Artigo extraído da dissertação de mestrado em Enfermagem, intitulada "Proposta de Processo de Enfermagem em Unidade de Internação Obstétrica: históricos, diagnósticos e cuidados de enfermagem à luz de Horta fundamentada em NANDA", do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf/FURG). Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

[2] Enfermeira. Mestranda do PPGEnf/FURG, integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES) e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (NEPES) da FURG. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Autor correspondente. Endereço: Zalony, nº 479. Centro. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 96.200-070. E-mail: fhernandapimpao@yahoo.com.br. Telefone: (53) 84.24.43.63.

[3] Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Escola de Enfermagem e do PPGEnf/FURG. Integrante do GEPOTES. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lunardifilho@terra.com.br

Descritores: Processos de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem obstétrica; Período pós-parto; Recém-nascido; Enfermagem.

ABSTRACT: This study aimed to develop propose a Nursing Process contemplating history, nursing diagnosis, nursing care for binomials mother/child in roming-in in light of Horta and based in NANDA. It is a study qualitative, descriptive and exploratory held in an obstetric inpatient unit of a university hospital in southern Brazil. We carried out a consultation document in 129 patient's medical notes in order to identify the diagnoses and nursing care, based respectively on Taxonomy II of the North American Diagnosis Association 2009-2011 and Nursing Intervention Classification. The analysis was performed through the presentation of the Nursing Process that was discussed based in experts' authors. We identified a total of seventeen nursing diagnoses and we listed their nursing care possible. This study may contribute to direct nursing care for the mothers and newborns' needs of in small space, promoting health education, early identification and prevention of puerperal complications.

Descriptores: Nursing Process; Nursing Diagnosis; Obstetrical nursing; Postpartum period; Newborn; Nursing.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo elaborar propuesta de Proceso de Enfermería contemplando historia, diagnósticos de enfermería, cuidados de enfermería para binomios madre/hijo en alojamento conjunto bajo el Horta y fundamentada en NANDA. Es un salto cualitativo, exploratorio descriptivo, realizado en una unidad de hospitalización obstétrica de un hospital universitario en el sur de Brasil. Se realizó una consulta documental en 129 prontuarios de los pacientes con el fin de identificar los diagnósticos y cuidados de enfermería, basados respectivamente en la taxonomía II de la North American Diagnosis Association 2009-2011 y la Nursing Intervention Classification. El análisis se realizó através de la presentación y discusión de la propuesta sobre la base de los autores da area. Se identificaron un total de diecisiete diagnósticos de enfermería y fueron listados los cuidados de enfermería posible. Este estudio puede contribuir a la atención directa de enfermería a las necesidades de las madres y los recién nacidos en microcenário, la promoción de educación para la salud, la identificación temprana y la prevención de las complicaciones del puerperio.

Descritores: Procesos de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Enfermería obstétrica; Periodo de posparto; Recién nacido; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Em âmbito mundial, a mortalidade materna apresenta distribuição disforme, ocorrendo, em geral, no período do parto e pós-parto imediato, em consequência de hemorragia, hipertensão, infecção e abortamento. Nos países desenvolvidos, os óbitos ocorrem predominantemente por complicações de anestesia e da cesárea[1]. Em 2005, cerca de 536.000 mulheres morreram em decorrência de complicações no ciclo gravídico-puerperal em todo o mundo, das quais 85% viviam em países subdesenvolvidos[2]. No Brasil, a hipertensão desponta como a principal causa de óbito materno, seguida de eclâmpsia, infecção puerperal e abortamento[1]. A mortalidade materna, no ano de 2003, correspondeu a 1.572 óbitos, concentrando os maiores índices na região Nordeste e Sudeste e o menor na região Centro-Oeste[3].

Nesse contexto, convém elucidar o conceito de puerpério como o período no qual a mulher passa por "manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna", experimenta a transição do papel gestante-mãe e todas as adaptações biopsicológicas decorrentes. Esse período é variável, podendo ser classificado em: puerpério imediato (do 1º ao 10º dia), puerpério tardio (do 10º ao 45º dia) e puerpério remoto (além do 45º dia)[1:186].

No tocante ao puerpério imediato, destaca-se a relevância da avaliação diária para o acompanhamento das alterações fisiológicas, a fim de prevenir possíveis complicações ou de identificá-las precocemente. Esse momento também deve ser aproveitado para realizar a educação em saúde, preparando a mulher para cuidar de si e do seu concepto. Entretanto, é preciso garantir não só o bem-estar físico, mas também o aspecto emocional da mulher, de forma que ela sinta-se acolhida e respeitada, visto que as próprias usuárias expressam a necessidade de individualização do cuidado nesse período de transição[4,5].

Diante do exposto, o Processo de Enfermagem (PE), como instrumento de trabalho da profissão, tem seu papel de destaque, pois, ao focalizar a reação da pessoa ao problema de saúde, possibilita identificar as necessidades da paciente, englobando aspectos biológicos, psicológicos e espirituais; dessa forma, contribui para uma assistência mais qualificada e integral[6]. A criação de protocolos de enfermagem concernentes às necessidades de cada grupo específico de usuárias de saúde pode ser uma estratégia que, a médio e longo prazos, contribui para melhores resultados[7].

Ademais, o PE pode auxiliar o enfermeiro a perceber a necessidade de solicitar a avaliação de outros profissionais de saúde, sobretudo em situações críticas, em que a atuação médica é exigida e primordial para instituir um tratamento em tempo hábil, de forma a tratar precocemente complicações puerperais ou mesmo evitá-las. Assim, este estudo tem como objetivo elaborar uma proposta de Processo de Enfermagem contemplando históricos de

enfermagem, diagnósticos de enfermagem e prescrição de cuidados de enfermagem para binômios mãe/filho em alojamento conjunto à luz de Horta fundamentada em NANDA.

METODOLOGIA

Este estudo é um recorte de uma pesquisa maior intitulada "Proposta de Processo de Enfermagem em Unidade de Internação Obstétrica: históricos, diagnósticos e cuidados de enfermagem à luz de Horta fundamentada em NANDA", na qual se utilizou a metodologia qualitativa, descritiva e exploratória. O cenário investigativo foi o alojamento conjunto de uma Unidade de Internação Obstétrica (UIO) de um hospital universitário do Sul do Brasil que presta atendimento às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência para o atendimento da gestação de alto risco.

A coleta documental ocorreu nos meses de abril e maio de 2011, mediante consulta em 129 prontuários de puérperas, no qual se buscou a identificação de variáveis clínico-obstétricas mais frequentes. Esse número de prontuários corresponde ao total de internações das puérperas, no mês de setembro de 2010,o qual foi escolhido aleatoriamente para consulta.

Consultaram-se registros médicos e de enfermagem. Dentre as variáveis investigadas, destacam-se o tipo de parto e as alterações de saúde das puérperas, durante internação na referida unidade. Os dados coletados foram agrupados por convergência e explorados com vistas à identificação de Diagnósticos de Enfermagem (DEs), com base no sistema de classificação da Taxonomia II da *North American Diagnosis Association* (NANDA) 2009-2011[8]. Optou-se pela utilização desse sistema de classificação por ele ser comumente seguido nas atividades teórico-práticas dos acadêmicos de enfermagem no referido hospital. Para cada DE, elencaram-se os cuidados de enfermagem com base na *Nursing Intervention Classification* (NIC)[9] e em outros estudos da área.

Ao final da identificação dos DE e cuidados de enfermagem, deu-se início à elaboração do histórico de enfermagem da puérpera e do recém-nascido à luz de Horta e direcionado para os DEs identificados. A análise ocorreu por meio da apresentação da proposta construída, sendo sustentada por assertivas de autores pertinentes à área do estudo.

Destaca-se que, para a pesquisa, observaram-se todas as recomendações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde[10]. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), obtendo-se a aprovação sob parecer nº 145/2010.

RESULTADOS

Na consulta documental, foram consultados 129 prontuários das puérperas que tiveram internações, no mês de setembro de 2010, na UIO. Constatou-se que o número de registros

encontrados é bem menor, quando comparado à amostra de prontuários consultada, o que se deve, principalmente, pelo fato de o cenário em estudo não adotar, ao menos formalmente, o registro do PE em sua rotina de trabalho. A grande maioria dos registros foi realizada por médicos, correspondentes à nota de admissão, à evolução diária e à nota de alta. Já os registros de enfermagem encontrados foram realizados, predominantemente, por acadêmicos de enfermagem, sendo mais comuns o histórico e a evolução de enfermagem e, em menor escala, DEs e cuidados de enfermagem.

Com relação às patologias prévias à gestação, encontraram-se os registros: hipertensão (4), sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana – HIV (4), obesidade (1), doença psíquica (1), asma (1) e hepatite C (1), que totalizaram apenas 11 dos 129 prontuários consultados. Com relação ao tipo de parto, 71 (55,03%) usuárias de saúde realizaram parto cesáreo, enquanto que 58 (44,96%) foram por via vaginal.

Dentre as alterações de saúde nas puérperas, a dor foi a mais frequente, com 32 ocorrências, localizada em baixo ventre, na incisão da cesárea ou da episiotomia, na região perianal e nas mamas. A dificuldade de amamentação esteve presente na queixa de 25 puérperas, relacionada à dor ao amamentar, à dificuldade na pega, ao mamilo invertido ou ao pouco leite. Na sequência, a constipação contabilizou 12 casos. Outra queixa também frequente foi o ingurgitamento e fissura nas mamas, com, respectivamente, 11 e 8 ocorrências. A amamentação ausente foi observada em 9 registros, resultante de sorologia positiva da mãe para o vírus do HIV, de encaminhamento do recém-nascido (RN) à UTI neonatal ou de dificuldade na amamentação. A hipertensão ocorreu em 7 puérperas e o edema de membros inferiores também em 7 casos. A tontura e a hipertermia perfizeram, cada uma, 5 casos. Outra alteração menos frequente foi a presença de lóquios em grande volume, em 4 puérperas.

Com base nos dados de saúde mais frequentes coletados nos prontuários das usuárias de saúde, identificaram-se 11 DEs, sendo nove para puérperas e dois para o binômio mãe/filho. Não foram encontrados registros médicos ou de enfermagem relacionados às alterações de saúde dos RNs, que possibilitassem a identificação de DE, com exceção da dificuldade na amamentação. Portanto, selecionaram-se os mais comumente encontrados na literatura para os RNs, contemplando um total de seis. Na Tabela 1, apresentam-se os DEs identificados e os respectivos cuidados de enfermagem elencados para as puérperas, para o binômio mãe/filho e para os RNs.

Tabela 1 – Cuidados de enfermagem elencados para os Diagnósticos de Enfermagem identificados nas usuárias de saúde, que tiveram internações no mês de setembro de 2010, em

uma Unidade de Internação Obstétrica de um hospital universitário do Sul do Brasil. Rio Grande, RS, 2011.

Diagnósticos de Enfermagem e cuidados de enfermagem

Puérperas

Dor aguda

- Avaliar a dor (localização, início, duração, frequência, intensidade e fatores predisponentes).
- Promover um ambiente confortável.
- Administrar analgésicos, conforme prescrição.

Volume de líquidos excessivo

Perfusão tissular periférica ineficaz

- Pesar a paciente e monitorar tendências.
- Monitorar sinais e sintomas de retenção de líquidos.
- Monitorar alterações no edema periférico.
- Monitorar a ingestão e a eliminação.
- Orientar restrição hídrica.
- Orientar dieta com baixo teor de sódio ou sem adição de sal.
- Administrar drogas hipotensoras, conforme prescrição.
- Administrar diuréticos, conforme prescrição.

Constipação

- Orientar uma dieta com elevado teor de fibras.
- Encorajar o aumento da ingestão hídrica, a menos que contraindicado.
- Encorajar a deambulação precoce.
- Orientar a paciente e a família sobre a relação entre dieta, exercício, ingestão de líquidos e constipação.
- Administrar laxante/emoliente, conforme prescrição.
- Administrar enema ou irrigação, conforme prescrição.

Risco de integridade da pele prejudicada

- Orientar sobre a forma de controlar a congestão das mamas (amamentação em livre demanda, com frequência e com a técnica correta).
- Encorajar a mãe a alternar ambos os seios a cada amamentação.
- Orientar a mãe a deixar o bebê mamar até soltar o peito.
- Orientar a mãe a massagear e espremer a região da aréola antes de amamentar para tirar um

pouco de leite, se o peito estiver muito cheio.

- Orientar o uso de sutiã de sustentação.
- Orientar a mãe a não usar cremes, pomadas, sabão ou sabonete nos mamilos.

Integridade da pele prejudicada

- Orientar a posição e a pega correta.
- Orientar a mãe a iniciar o aleitamento pela mama sadia e depois passar para a mama com rachaduras.
- Orientar a exposição das mamas aos raios do sol ou à luz artificial (lâmpada de 40 watts, a uma distância de 30 cm).
- Ensinar e orientar a ordenha manual quando a mãe perceber o excesso de leite na mama.
- Orientar a mãe a oferecer o peito ao bebê com maior frequência.
- Orientar a amamentação sob livre demanda.
- Orientar o uso de sutiã de sustentação.
- Orientar a mãe a não usar cremes, pomadas, sabão ou sabonete nos mamilos.

Hipertermia

- Monitorar a temperatura axilar.
- Administrar medicação antipirética, conforme prescrição.
- Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção (mamas, incisões cirúrgicas de cesárea ou de episiorrafia).
- Promover a ingestão nutricional adequada.
- Encorajar a ingestão de líquidos, se não houver restrição hídrica.

Risco de volume de líquidos deficiente

- Monitorar sinais vitais.
- Monitorar os lóquios (características, quantidade, cor, presença de coágulos).
- Avaliar a distensão da bexiga.
- Orientar a paciente a esvaziar a bexiga antes do exame pós-parto.
- Monitorar e registrar a altura e a firmeza do fundo do útero a cada 15 min./1 hora; depois, a cada 1 hora/4 horas; por fim, a cada 4 horas/24 horas.
- Massagear suavemente o fundo de útero até que esteja firme.
- Aplicar solução gelada no fundo do útero.
- Colocar o bebê junto ao seio materno para estimular a produção de ocitocina.
- Elevar membros inferiores.
- Iniciar infusão EV, conforme prescrição.

- Administrar ocitócitos EV ou IM, conforme prescrição.
- Administrar derivados do sangue, conforme prescrição.

Risco de infecção

- Assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas.
- Trocar os acessos endovenosos periféricos e os curativos, conforme protocolo da instituição.
- Monitorar a temperatura axilar.
- Monitorar sinais e sintomas de infecção.
- Avaliar mamas (consistência, presença de nódulos, tipos de mamilos).
- Examinar a condição da incisão cirúrgica (cesárea ou episiorrafia).
- Examinar os membros inferiores quanto à coloração, temperatura e perfusão periférica, em busca de sinais de tromboflebites.
- Verificar sinais de Homan e Bandeira.
- Orientar a paciente e os familiares sobre os sinais e sintomas de infecção e sobre a necessidade de relatá-los ao provedor de cuidados de saúde.

Binômio mãe/recém-nascido

Amamentação ineficaz

- Observar o bebê junto ao peito para determinar a posição correta, o deglutir audível e o padrão de sucção/deglutição.
- Orientar a mãe a posicionar-se corretamente.
- Orientar sobre a técnica apropriada para interromper a sucção do bebê, com auxílio do dedo mínimo.
- Promover conforto e privacidade nas primeiras tentativas de amamentação, se possível.
- Encorajar a sucção não nutritiva no seio.
- Encorajar a mãe a permitir que o bebê seja amamentado o tempo que desejar.
- Monitorar o reflexo de descida do leite.
- Orientar a mãe sobre a forma de fazer o bebê eructar.
- Orientar o uso de sutiã de sustentação.
- Orientar a mãe a não usar cremes, pomadas, sabão ou sabonete nos mamilos.
- Realizar teste de glicemia no RN.

Amamentação interrompida

- Orientar o enfaixamento das mamas.
- Iniciar o inibidor de lactação de maneira precoce, conforme prescrição.

- Destinar enfermaria com dois leitos à paciente, se possível.
- Promover privacidade no momento de troca do enfaixamento das mamas.
- Orientar a mãe a não oferecer chupeta ao bebê.
- Orientar a mãe a alimentar o bebê com o leite fornecido pelo Banco de Leite em mamadeira com bico.
- Orientar a mãe a não realizar o aleitamento cruzado.

Recém-nascido

Desobstrução ineficaz de vias aéreas

- Instilar 10 gotas de solução fisiológica morna nas narinas antes das mamadas.
- Observar padrão respiratório.
- Observar a presença de cianose de extremidades e/ou perioral.
- Manter decúbito dorsal elevado.
- Supervisionar/observar sucção no seio materno.

Risco de desequilíbrio na temperatura corporal

- Monitorar a temperatura do corpo do RN.
- Prover ambiente aquecido, livre de correntes de ar.
- Suprimir fontes de perda de calor.
- Manter lençóis, cobertores e roupas do bebê secos.
- Dar o primeiro banho no RN após estabilização da temperatura.
- Orientar a mãe sobre cuidados para manutenção da temperatura do RN.

Hipotermia

- Verificar a temperatura axilar.
- Orientar a mãe a trocar fraldas e cobertas do RN sempre que estiverem molhadas.
- Suprimir fontes de perda de calor.
- Envolver a cabeça e o corpo do RN em manta aquecida ou cobertor.
- Observar complicações do resfriamento: hipóxia, acidose respiratória, hipoglicemia, perda de peso.
- Observar cianose de extremidades/perioral.
- Comunicar o médico caso a hipotermia persistir por uma hora após a implementação dos cuidados de enfermagem.

Hipertermia

- Verificar temperatura.
- Retirar o excesso de roupa.

- Suprimir o uso de cobertas e de touca.
- Dar banho morno de imersão.
- Comunicar o médico caso a hipertermia persistir por uma hora após a implementação dos cuidados de enfermagem.
- Observar sinais de septicemia: função respiratória, pele, pouca alimentação, irritabilidade, sinais de infecção localizada (pele, cicatriz umbilical, olhos, lacerações do parto).

Risco para infecção

- Incentivar o aleitamento materno.
- Monitorar a temperatura do corpo do RN.
- Oferecer água destilada à mãe para uso em higiene ocular.
- Orientar a mãe a realizar curativo do coto umbilical com álcool 70%.
- Conservar o coto umbilical seco e exposto ao ar, mantendo a fralda abaixo dele.
- Observar sinais de infecção: pele, cicatriz umbilical, olhos, lacerações do parto.

Risco para aspiração

- Orientar a mãe a manter o RN na posição vertical ao ser alimentado.
- Instruir a mãe sobre a necessidade de aguardar a eructação do RN após a mamada, para então colocá-lo no berço.
- Manter o RN em decúbito dorsal.
- Observar a presença de cianose de extremidades e/ou perioral.

DISCUSSÃO

Neste estudo, houve predominância do parto cesáreo (55,03%) sobre o vaginal (44,96%), o que vem ao encontro de pesquisa[11] realizada em hospitais de Maringá/PR, cujos resultados evidenciam altas taxas de parto cesáreo, chegando a 90% nos hospitais privados. Em um hospital público e universitário, as cesáreas corresponderam a aproximadamente 40%, taxa muito superior do que a Organização Mundial de Saúde preconiza, que é de 10 a 15% do total de partos.

Esta pesquisa[11], com relação às complicações puerperais, aponta maior incidência nas mulheres que se submeteram ao parto cesáreo, sendo as mais frequentes: retenção urinária, complicações da anestesia e infecção puerperal. Já no parto vaginal, observou-se mais comumente hemorragia pós-parto, lacerações no períneo, traumatismo obstétrico e infecção puerperal. Sendo assim, percebe-se que a via de parto tem importância no planejamento da assistência de enfermagem, à medida que aquela pode indicar maior ou menor incidência de complicações puerperais.

Em relação à assistência de enfermagem pós-parto, destaca-se um estudo[12] que buscou identificar as intervenções de enfermagem realizadas com binômios mãe/filho internados em uma unidade alojamento conjunto de um hospital universitário de São Paulo, o qual evidenciou 43 intervenções, das quais algumas convergem com os cuidados elencados para os DEs identificados neste estudo: controle da dor, controle intestinal, cuidados com o local de incisão, supervisão da pele, monitoração de sinais vitais, administração de medicamentos, controle de infecção, assistência na amamentação, supressão da lactação, cuidados pós-parto e cuidados com o RN.

Concernente ao PE, ressalta-se que serão apresentados, na discussão, os cinco DEs mais frequentes identificados nas puérperas, os quais merecem uma atenção especial diante do maior número de ocorrências na população estudada.

O DE **dor aguda** é definido como "experiência sensorial e emocional desagradável, que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve à intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses"[8:375]. Estudo[13] realizado no setor de alojamento conjunto de um hospital localizado no interior de São Paulo apontou que cerca de 40% das puérperas apresentaram esse DE. A dor pode ser considerada um desconforto comum no período pós-parto imediato, tendo diversas causas: dores pós-parto, episiotomia, lacerações do períneo, hemorroidas e ingurgitamento das mamas. Embora a sua presença seja mais notada nas puérperas que se submeteram à cesariana, autores alertam que a dor perineal também é comum nas mulheres que tiveram parto vaginal com episiotoma, a qual, muitas vezes, é esquecida ou ignorada pelos profissionais de saúde[14]. Por isso, a enfermagem deve empreender cuidados que atuem na causa e na intensidade da dor relatadas pela puérpera. Tais cuidados incluem intervenções não farmacológicas e farmacológicas, que podem ser utilizadas isoladas ou em conjunto, dependendo do tipo e da intensidade da dor[15].

O DE **constipação** é definido como "diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas"[8:125]. Estudo[7] com puérperas no período imediato e tardio, em um município de Goiás, evidenciou esse DE em 45% delas, decorrente, principalmente, da baixa ingestão de fibras e de líquidos. Atualmente, a função intestinal é mais rapidamente restaurada pela deambulação precoce no pós-parto; contudo, esse DE pode estar presente, principalmente, nas puérperas que sofrem de constipação crônica[1].

O DE **risco de integridade da pele prejudicada** é observado, quando há o "risco de a pele ser alterada de forma adversa"[8:334] como, por exemplo, no caso do ingurgitamento

mamário. Mais da metade das puérperas investigadas, em uma maternidade[16] do Mato Grosso do Sul, também apresentou esse DE, identificado nas seguintes condições: falta de conhecimento da puérpera acerca do preparo das mamas para amamentação, presença de mamilo plano ou invertido e pega incorreta.

O DE **amamentação ineficaz** é definido como "insatisfação ou dificuldade que a mãe, bebê ou criança experimenta com o processo de amamentação"[8:239]. Pesquisa[17] efetuada em um hospital localizado no município de São Paulo validou as características definidoras desse DE, no segundo dia de puerpério. No primeiro dia, apareceram mais frequentemente as características definidoras: incapacidade da criança para apreender corretamente a mama, falta de manutenção da sucção na mama, oportunidade insuficiente para amamentação na mama, resistência da criança em apreender o mamilo e dor relacionada à amamentação. Em geral, essas dificuldades diminuíram a partir do segundo dia de puerpério; porém, surgiram outras, tais como: esvaziamento insuficiente de cada mama na amamentação e ferimento do mamilo, na primeira semana, que tiveram uma piora significativa no terceiro e quarto dias de puerpério.

Outro estudo[18], que teve como objetivo identificar fatores associados à ausência do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses, no município de Botucatu/SP, evidenciou que 55% das mães tiveram problemas no início da amamentação, tais como ingurgitamento mamário e fissuras mamilares. Esses resultados indicaram uma associação significativa com a introdução de líquidos não nutritivos (água, chás) e outros leites na alimentação dessas crianças. Tal achado contraria o preconizado pelo Ministério da Saúde[19], que defende o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade; após esse período, a orientação é de continuar a amamentação até os dois anos da criança e adicionar outros alimentos.

Nesse sentido, o trabalho[20] desenvolvido por enfermeiros da atenção básica, no interior de Curitiba/PR, parece ter resultado positivo, visto que foi identificado o DE amamentação adequada, em cerca de 70% das puérperas atendidas. Frente às possíveis dificuldades do binômio mãe/filho, no início do aleitamento materno, ressalta-se a importância de a enfermagem promover o aleitamento materno, sobretudo nos primeiros dias pós-parto, contribuindo para manutenção da amamentação, mesmo após a alta da unidade de alojamento conjunto.

O DE **amamentação interrompida**, conceituado como "quebra na continuidade do processo de amamentação como resultado de incapacidade ou inconveniência de colocar a criança no peito para mamar"[8:240], apesar de não observado em outros estudos[7,13,16] que

tratam da assistência à puérpera, sendo evidenciada a intervenção supressão da lactação em apenas um estudo[12], também deve ser considerado no pós-parto imediato. Sua ocorrência pode estar atrelada a diversos fatores: ingurgitamento mamário, rachaduras, fissuras do mamilo, mastite, nati ou neomortalidade e doenças sistêmicas maternas[1].

Estudo[21] realizado na cidade de Fortaleza, no estado do Ceará, demonstrou o desconhecimento de mulheres HIV positivas acerca dos cuidados com a mama puerperal. Em face disso, os autores enfatizam a necessidade de orientar como evitar a descida excessiva do leite e, consequentemente, o desconforto e a dor decorrentes do ingurgitamento mamário e da extração manual do leite. Medidas como o uso precoce de fármacos inibidores da lactação e o enfaixamento das mamas devem ser utilizadas precocemente. Aliado a isso, acrescenta-se o suporte emocional, pois as mães podem vivenciar o sentimento de culpa por não amamentar seus filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a construção e validação de uma proposta de PE para o binômio mãe/filho internado em uma unidade de alojamento conjunto, contemplando o histórico de enfermagem da puérpera e do RN e 17 DEs: nove para a puérpera, dois para o binômio mãe/filho e seis para o RN. Esses resultados podem contribuir para direcionar o cuidado de enfermagem às necessidades das puérperas e RNs nesse microcenário, favorecendo a educação em saúde, a identificação precoce e a prevenção de complicações.

Entretanto, percebe-se uma fragilidade, uma vez que foram identificados somente DEs referentes ao cuidado biológico, talvez, por serem os prioritários na assistência à mulher no puerpério imediato e ao RN. Em face disso, destaca-se a importância de a enfermagem atentar para outras necessidades (psicológicas e espirituais) que, embora não tenham aparecido na população estudada, jamais devem ser esquecidas no cuidado à puérpera e à sua prole, na tentativa de aproximar-se de um cuidado mais holístico.

REFERÊNCIAS

1. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Obstetrícia fundamental. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

4. Almeida MS, Silva IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(2): 347-54.
5. Monticelli M, Elsen I. Quando o tempo narrativo ultrapassa o tempo da clínica: um modo de cuidar em enfermagem no período pós-natal. Texto Contexto Enferm. 2005; 14(2): 167-76.
6. Amante LN, Anders JC, Meirelles BHS, Padilha MI, Kletemberg DF. A interface entre o ensino do processo de enfermagem e sua aplicação na prática assistencial. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2010. [Acesso em: ago. 2010]; 12(1): 201-7. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm.
7. Vieira F, Bachion MM, Salge AKM, Munari DB. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010; 14 (1): 83-9.
8. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2010.
9. Dochterman JMcC, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem. 4ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 988p.
10. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília; 1996.
11. Dalla-Torre RL. Cesáreas: frequência, fatores determinantes e consequências maternas e perinatais, Maringá, PR. Ciência, Cuidado e Saúde. 2006; 5(Supl.): 157-65.
12. Soares AVN, Gaidzinski RR, Cirico MOV. Identificação das intervenções de enfermagem no Sistema de Alojamento Conjunto. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(2): 308-17.
13. Patine FS, Furlan MFFM. Diagnósticos de enfermagem no atendimento a puérperas e recém-nascidos internados em alojamento conjunto. Arq Ciênc Saúde. 2006; 13(4): 202-8.
14. Pitangui ACR, Sousa L, Ferreira CHJ, Gomes FA, Nakano AMS. Measurement and characteristics of perineal pain in primiparous undergoing episiotomy. Acta Paul Enferm. 2009; 22(1): 77-82.
15. Lowdermilk DL. O cuidado em enfermagem materna. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. 928p.

16. Gerk MAS, Silva APAS, Barbosa MAM, Ferrari NS, Oliveira CMO, Terça ACP, Macedo MAS, Araújo KL. Identificação dos diagnósticos de enfermagem no alojamento conjunto da maternidade da Associação Beneficente Mantenedora – Santa Casa. Ensaios e Ci., Campo Grande. 2006; 10(3): 105-12.
17. Abrão ACFV, Gutierrez MGR, Marin HF. Diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz – Estudo de identificação e validação clínica. Acta Paul Enferm. 2005; 18(1): 46-55.
18. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Costa MP. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu/SP. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007; 15(1): 62-9.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Promovendo o Aleitamento Materno. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 18p.
20. Chaves MMN, Farias FCSA, Apostólico MR, Cubas MR, Egry EY. Amamentação: a prática do enfermeiro na perspectiva da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(1): 199-205.
21. Machado MMT, Braga MQC, Galvão MTG. Problemas com a mama puerperal revelados por mães soropositivas. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(1): 120-5.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a elaboração de uma proposta de PE, contemplando históricos de enfermagem e enfocando os diagnósticos de enfermagem e os cuidados de enfermagem para gestantes, puérperas, binômios mãe/recém-nascido e recém-nascido em UIO. Para tanto, verificaram-se as alterações de saúde mais frequentemente documentadas nos prontuários de usuárias de saúde, durante internação em na UIO do Hospital Universitário da FURG, as quais foram exploradas e conduziram à identificação de 26 diagnósticos de enfermagem, baseados na taxonomia II da NANDA, dos quais nove foram direcionados às gestantes, nove às puérperas, dois ao binômio mãe/filho e seis ao recém-nascido.

Os diagnósticos para as gestantes foram: volume de líquidos excessivo, perfusão periférica ineficaz, ansiedade, eliminação urinária prejudicada, dor aguda, náusea, constipação, risco de volume de líquidos deficiente e risco de infecção. Os diagnósticos para as puérperas foram: dor aguda, volume de líquidos excessivo, perfusão tissular periférica ineficaz, constipação, risco de integridade da pele prejudicada, integridade da pele prejudicada, hipertermia, risco de volume de líquidos deficiente e risco de infecção. Os diagnósticos para o binômio mãe/filho foram: amamentação ineficaz e amamentação interrompida. Os diagnósticos para o RN foram: desobstrução ineficaz das vias aéreas, risco de desequilíbrio na temperatura corporal, hipotermia, hipertermia, risco para infecção e risco para aspiração. Para cada diagnóstico, elencaram-se os cuidados de enfermagem, fundamentados na NIC.

Os modelos de históricos de enfermagem para gestante/puérpera e para o recém-nascido, foram fundamentados em Horta e direcionados para os diagnósticos de enfermagem identificados no estudo. A proposta de diagnósticos, prescrição de cuidados de enfermagem e históricos de enfermagem construída foi apresentada para apreciação a seis enfermeiros assistenciais da UIO, de forma a obter o seu consenso sobre o material elaborado, quanto à sua adequação à realidade do contexto de trabalho.

Essa proposta pode contribuir para melhor direcionar o cuidado de enfermagem para as necessidades das gestantes, puérperas, binômios mãe/filho e recém-nascidos nesse microcenário, favorecendo a educação em saúde, a identificação precoce e a prevenção de complicações. A fragilidade do estudo refere-se ao fato de ele não contemplar todas as necessidades de gestantes e binômios mãe/filho, visto que a proposta de PE foi direcionada

para um cenário específico (UIO do HU/FURG) e construída com base na consulta documental aos prontuários das pacientes. Além disso, não se identificaram diagnósticos de enfermagem para as necessidades psicoespirituais, pois os prontuários das usuárias de saúde consultados não faziam referência aos registros de alterações nessa dimensão de cuidado. Isso não significa afirmar que as necessidades psicoespirituais não foram afetadas no período de internação, mas que, possivelmente, não foram identificadas pelos profissionais que atenderam essas gestantes e puérperas. Outra hipótese é de que tais necessidades teriam sido identificadas; porém, não documentadas no prontuário.

De qualquer forma, a partir disso, podem-se fazer duas considerações: 1) a incipiente documentação da assistência de enfermagem no prontuário do paciente parece expressar a urgente necessidade da adoção do PE no cenário em estudo, problemática esta que não é nova aos olhos da enfermagem e que, ainda assim, evolui nas instituições hospitalares a passos curtos; 2) tal resultado ratifica a ideia de que a enfermagem e as demais profissões da saúde ainda têm um longo caminho a percorrer para incluir, na assistência à saúde, dimensões que ultrapassem a esfera biológica, como a psicológica e, principalmente, a espiritual.

Destarte, estudos como este revelam as necessidades dessa população específica; por isso, o desenvolvimento de uma proposta de PE, cuja implantação e/ou implementação pode ser aperfeiçoada e adaptada em outros contextos de trabalho, contribuindo para qualificar a assistência de enfermagem e aproximar-se de um cuidado mais holístico. Sabe-se que o indivíduo está em constante interação com o meio e, sendo assim, suas necessidades também estão continuamente em mudança. Em face disso, entende-se que suprir todas as necessidades afetadas ao mesmo tempo parece ser impossível. Cabe à enfermagem tentar aproximar-se de um cuidado mais holístico, reconhecendo que sua plenitude talvez jamais seja alcançada.

Reconhecer essa realidade pode ser o passo inicial para a profissão trilhar um caminho em busca da adoção do PE como metodologia de assistência capaz de melhor direcionar o enfoque holístico. Esse caminho deve permear o ensino, fortalecendo a formação dos novos profissionais para o uso do PE; a pesquisa, abordando as lacunas do conhecimento, sobretudo quanto às necessidades psicoespirituais; a assistência, sensibilizando profissionais de enfermagem para a defesa da implantação e implementação do PE no contexto hospitalar; a gerência, promovendo mudanças na organização do processo de trabalho da enfermagem, de forma a tornar o PE uma prioridade no cotidiano laboral da profissão.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, A. C. F. V.; GUTIERREZ, M. G. R.; MARIN, H. F. Diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz. Estudo de identificação e validação clínica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 46-55, 2005.

AGUIAR, M. I. F. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem a paciente com Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação. **Revista Rene**, v. 11, n. 4, p. 66-75, 2010.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ALVES, V. M. et al. Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de atenção à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 70-5, 2006.

AMANTE, L. N. et al. A interface entre o ensino do processo de enfermagem e sua aplicação na prática assistencial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 201-7, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm>. Acesso em: 20 ago. 2010.

AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009.

AQUINO, D. R. **Construção e implantação da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI**. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2004.

ARCANJO, Z. et al. Diagnósticos de enfermagem referentes ao sono e repouso de gestantes. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 14, n. 3, p. 378-84, 2006.

BACHION, M. M.; RAMOS, F. R.; ANTUNES, M. J. M. Integralidade das ações de saúde e aplicação de terminologias à sistematização da prática de enfermagem. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. (Orgs.). **Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 327-35.

BARROS, ALBL. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul Enferm,** v. 22, n. especial, p. 864-7, 2009.

BARROS, A. L. B. L. et al. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BARROS, S. M. O.; COSTA, C. A. R. Consulta de enfermagem a gestantes com anemia ferropriva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 7, n. 4, p. 105-11, 1999.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 26 de junho, 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS:** doutrinas e princípios. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 68 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestante de alto risco**: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 32 p.

BUSANELLO, R. M. Contribuições da tecnologia da informação à implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. 2006. 167p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2006.

CARVALHO, E. C.; JESUS, C. A. C.; BACHION, M. M. Raciocínio clínico e estabelecimento dos diagnósticos, dos resultados e das intervenções de enfermagem. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. (Orgs.). **Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 135-42.

CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M. Q. A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 280-9, 2009.

CHAIM, S.R.P.; OLIVEIRA, S.M.J.V.; KIMURA, A.F. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. **Acta Paul Enferm.,** v. 21, n. 1, p. 53-8, 2008.

CHAVES, M. M. N. et al. Amamentação: a prática do enfermeiro na perspectiva da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, 2011.

CIANCARULLO, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Decisão nº 272, de 27 de agosto de 2002**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas instituições de saúde brasileiras. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007**. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

_____. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. 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, e dá outras providências. Brasília, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996.

CRUZ, D. A. L. M. Processo de enfermagem e classificações: In: GAIDZINSKI, R. R.; et al. **Diagnósticos de enfermagem na prática clínica**. Rio de Janeiro: Artmed, 2008. p. 25-37.

CRUZ, D. A. L. M. C. Diagnósticos de enfermagem. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. (Orgs.). **Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DOCHTERMAN, J. M. C.; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 988 p.

FARIAS, M. C. A. D; NÓBREGA, M. M. L. Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 59-67, 2000.

FURUYA, R. K.; et al. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 1, p. 167-75, 2011.

GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. (Orgs.). **Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 1, n. 13, p. 188-193, 2009.

GERK, M. A. S.; BARROS, S. M. O. Intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em dois serviços públicos de assistência à saúde da mulher. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 3, n. 18, p. 260-8, 2005.

GERK, M.A.S. et al. Identificação dos diagnósticos de enfermagem no alojamento conjunto da maternidade da Associação Beneficente Mantenedora – Santa Casa. **Ensaios e Ciência**, Campo Grande, v. 10, n. 3, p. 105-12, 2006.

GESTEIRA, S. M. A.; DINIZ, N. M. F.; OLIVEIRA, E. M. Assistência à mulher em processo de abortamento: discurso de profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 449-53, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, V. L. O. et al. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 15, n. 2, p. 108-15, 2007.

GOUVEIA, H. G.; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 175-82, 2004.

HERMIDA, P. M. V., ARAÚJO, I. E. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, p. 675-9, 2006.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FURG. Disponível em: <http://www.hu.furg.br/>. Acesso em: 26 ago. 2011.

LACAVA, R.M.V.B.; BARROS, S.M.O. Diagnósticos de enfermagem na assistência às gestantes. **Acta Paul Enf.,** v. 17, n. 1, p. 9-17, 2004.

LEON, P. A. P.; FREITAS, F. F. Q.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da Assistência de Enfermagem em dissertações de mestrado. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 3, n. 1, p. 120-6, 2009. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/ index.php/revista/article/.../269>. Acesso em: 15 ago. 2010.

LEOPARDI, M. T. Wanda Horta. In: _____. **Teorias em enfermagem**: instrumento para a prática. Florianópolis: NFR/UFSC, Papa Livros, 1999.

LONGARAY, V. K.; ALMEIDA, M. A.; CEZARO, P. Processo de Enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 150-7, 2008.

LOWDERMILK, D.L. **O cuidado em enfermagem materna.** 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 41-7, 2008.

MCEWEN, M. Desenvolvimento da teoria: estruturação dos relacionamentos conceituais na enfermagem. In: MCEWEN, M.; WILLA, E. M. **Bases teóricas para a enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

NÓBREGA, M. M. L. et al. Estrutura da CIPE, da NANDA, da NIC e da NOC. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. (Orgs.). **Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 157-71.

NÓBREGA, M. M. L; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2009.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificações 2007-2008. Traduzido por Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008.

_____. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificações 2009-2011. Traduzido por Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PATINE, F. S.; FURLAN, M. F. F. M. Diagnósticos de enfermagem no atendimento a puérperas e recém-nascidos internados em alojamento conjunto. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 13, n. 4, p. 202-8, 2006.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M. Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 6, p. 659-64, 2005.

PIMPÃO, F. D. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a Sistematização da Assistência de Enfermagem . **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 18, n. 3, p. 405-10, 2010a.

_____. Percepção da equipe de enfermagem acerca da prescrição de enfermagem. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 510-17, 2010b.

PIVOTO, F. L. **Proposta de processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo pós-operatória cardiológica**. 2008. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

REINERS, A. A. O. et al. Diagnósticos de enfermagem em gestantes hipertensas. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 232-7, 2009.

SCHWEGBER, A. I. **Processo de Enfermagem**: instrumento para o enfermeiro administrar o trabalho e liderar a equipe de enfermagem. 97p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2008.

SOARES, A. V. N.; GAIDZINSKI, R. R.; CIRICO, M. O. V. Identificação das intervenções de enfermagem no Sistema de Alojamento Conjunto. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 308-17, 2010.

SOUZA, M. F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidativos. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. (Org.). **Sistema de Assistência de Enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

SPERANDIO, D.; ÉVORA, Y. Proposta para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade de terapia semi-intensiva. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 99-104, 2003.

SUMITA, S. L. N.; ABRÃO, A. C. F. V.; MARIN, H. F. Elaboração de um instrumento de coleta de dados para identificação dos diagnósticos de enfermagem em parturiente. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 413-21, 2005.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE**: *S*istematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TRUPPEL, T. C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 221-7, 2009.

VAZ, M.J.R.; BARROS, S.M.O. Gestantes infectadas pelo HIV - carcterização e diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 9-17, 2002.

VIEIRA, F. et al. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 83-9, 2010a.

VIEIRA, F. et al. Utilização da Taxonomia II da NANDA para avaliação da ansiedade puerperal na comunidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 544-51, 2010b.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS)

CEPAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande / FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 26 / 2011

PROCESSO Nº 23116.006732/2010-91 **CEPAS 64/2010**

TÍTULO DO PROJETO: **"Processo de Enfermagem: instrumento para o cuidado integral à gestante a ao binômio mãe/filho".**
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Fernanda Demutti Pimpão.

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no Parecer 145/2010, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto **"Processo de Enfermagem: instrumento para o cuidado integral à gestante a ao binômio mãe/filho".**

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página http://www.cepas.furg.br.

Data de envio do relatório: 01/08/2011

Rio Grande, RS, 21/03/2011.

Eli Sinnott Silva
Profª. MSc. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO B – Declaração da instituição coparticipante

CEPAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande / FURG
www.cepas.furg.br

Declaração da instituição Co-participante:

Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Universidade Federal do Rio Grande – HU/FURG.

"Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar".

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
Hospital Universitário
Tomás Dalcin
Administrador

(Assinatura e carimbo)

Tomás Dalcin

Administrador do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

Universidade Federal do Rio Grande – HU/FURG.

Rio Grande/RS. 16/05/11.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: "Proposta de Processo de Enfermagem em alojamento conjunto". Este estudo tem como objetivo geral elaborar uma proposta de Processo de Enfermagem para usuárias de saúde em Alojamento Conjunto, à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta e como objetivos específicos identificar os dados clínico-obstétricos mais frequentes das gestantes em Alojamento Conjunto; identificar os dados clínico-obstétricos mais frequentes das puérperas em Alojamento Conjunto; elaborar uma proposta de Processo de Enfermagem a partir dos dados clínico-obstétricos mais frequentes das gestantes em Alojamento Conjunto; elaborar uma proposta de Processo de Enfermagem a partir dos dados clínico-obstétricos mais frequentes das puérperas em Alojamento Conjunto; validar a proposta de Processo de Enfermagem elaborada com enfermeiros assistenciais.

As técnicas metodológicas utilizadas serão: pesquisa documental e aplicação de questionário.

A integridade física dos sujeitos será mantida e os riscos previstos são mínimos, evitando-se mobilizar sentimentos que possam produzir mal-estar ou constrangimentos. Por essa razão, procura-se, em todas as etapas da pesquisa, preservar o respeito às questões éticas e a garantia de que somente serão utilizados dados que forem permitidos.

A projeção dos resultados do estudo permite entender que este pode contribuir para a enfermagem, saúde e sociedade e, ainda, colaborar, sobretudo, na organização da assistência de enfermagem, contribuindo para um cuidado mais qualificado e holístico.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora e responsável pela pesquisa é a mestranda Fernanda Demutti Pimpão, que pode ser encontrada no endereço: Rua General Osório, s/nº, Campus da Saúde, Rio Grande/RS, CEP: 96.201-900. Telefone(s): (53) 3233.0315/3233.8855. E-mail: fhernandapimpao@yahoo.com.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com esta pesquisadora responsável.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento; assim, pode deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

- Direito de confidencialidade: as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros enfermeiros, não sendo divulgada a identificação de nenhum enfermeiro;
- Direito de atualização: o participante será mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;
- Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o projeto em questão.

Eu discuti com a mestranda Fernanda Demutti Pimpão sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

_____

Assinatura do enfermeiro

Data / /

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste enfermeiro para a participação neste estudo.

_____

Assinatura do responsável pelo estudo

Data / /

APÊNDICE B – Roteiro de caracterização dos enfermeiros participantes do estudo

Caracterização dos enfermeiros participantes do estudo

1. Sigla de identificação:
2. Idade:
3. Ano de formação:
4. Especialização e/ou pós-graduação:
5. Tempo de trabalho na FURG:
6. Tempo de trabalho na Unidade de Internação Obstétrica do HU/FURG:

APÊNDICE C – Instrumento para coleta dos dados clínico-obstétricos nos prontuários das usuárias de saúde da Unidade de Internação Obstétrica do HU/FURG

Nº de registro	**Patologias prévias à gestação**	**Tipo de parto**	**Alterações de saúde**	
			Gestantes	**Puérperas**
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

APÊNDICE D – Modelo de histórico de enfermagem para a gestante/puérpera

UNIDADE DE INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM*
□ GESTANTE □ PUÉRPERA

Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

I - IDENTIFICAÇÃO

1. Nome: _____ 2. Leito: _____ 3. Data de admissão: __/__/____ 4. N° de registro HU: _____ 5. Idade: ___ anos 6. Natural de: _____ 7. Reside na cidade de:_____
8. Escolaridade: □ Nenhuma □ Ensino Fundamental incompleto □ Ensino Fundamental completo □ Ensino Médio incompleto □ Ensino Médio completo 9. Profissão/Ocupação: □ do lar □ desempregada □ empregada:

II - ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

1. Gesta: __ 2. Para: __ 3. Cesárea: __ 4. Aborto: __ 5. Intercorrências: □ ITU □ TPP □ DHEG □ Anemia □ Corrimento □ Outras:

III - GESTAÇÃO ATUAL

1. Gestação planejada: □ Sim □ Não
2. Pré-natal: □ Sim _____ n° de consultas □ Não
3. Intercorrências: □ ITU □ TPP □ DHEG □ Anemia □ Corrimento □ Outras:_____
4. Patologias: □ Sim □ HIV □ HAS □ Asma □ Diabetes □ SIDA □ Cardiopatia □ Insuficiência renal □ Outras: _____
5. Uso de medicação: □ Sim: _____ (nome, dose, horário) □ Não
6. Uso de drogas: □ Sim: _____ (tipo, nome, dose, horário) □ Não

V - DIAGNÓSTICOS DE NFERMAGEM

□ Eliminação urinária prejudicada
□ Risco de volume de líquidos deficiente
□ Volume de líquidos excessivo
□ Outro(s):
1._____
2._____

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

1. Oxigenação
1.1 Respiração:□ Eupnéica □ Dispnéica
1.2. Oxigenoterapia: □ Cateter/óculos nasal □ Máscara de venturi____% _____l/min
1.3. Tosse: □ Ausente □ Improdutiva □ Produtiva
1.4. Ausculta pulmonar: □ Sem alterações □ Roncos □ Sibilos □ Estertores
2. Nutrição e hidratação
2.1. N° de refeições por dia: □ 3 □ 5 □ mais de 5
2.2. Ingestão hídrica: □ até 1 L/dia □ até 2 L/dia □ mais de 2 L/dia
2.3. Alterações relacionadas à nutrição/hidratação: □ inapetência □ polifagia □ náuseas □ vômitos □ disfagia □ polidipsia
3. Eliminação
3.1. Eliminação urinária: □ Sem alterações □ Espontânea □ SVD □ Disúria □ Oligúria □ Polaciúria □ Incontinência □ Retenção □ Hematúria □ ITU
3.2 Eliminação vaginal: □ Ausente □ Líquidos amniótico □ Sangramento □ Lóquios sanguíneos □ Lóquios serosanguíneos □ Lóquios amarelos □ Odor característico □ Odor fétido □ Grande volume □ Moderado volume □ Pequeno volume
3.3. Eliminação intestinal: □ Sem alterações □ Diarréia □ Constipação □ Hemorróidas
Frequência habitual: _____
4. Aparelho reprodutivo
4.1. Genitália: □ Sem alterações □ Lesões: _____ □ Lacerações de parto □ Episiorrafia
4.2. Altura uterina: _____cm
4.3. Útero em involução: □ Indolor à palpação □ Doloroso à palpação
5. Integridade cutâneo-mucosa
5.1. Pele: □ Sem alterações □ Prurido □ Petéquias □ Hematomas
5.2. Rede venosa: □ Visível □ Pouco visível □ Cateter venoso: local_____
5.3. Mucosas: □ Coradas □ Hipocoradas □ Úmidas □ Ressecadas
5.4. Mamas: □ Sem alterações □ Fissura □ Ingurgitamento □ Mastite □ Abcesso □ Mama esquerda □ Mama direita
5.5. Mamilos: □ Protusos □ Planos □ Invertidos
5.6. Membros inferiores: □ Sem alterações □ Varizes □ Edema
6. Cuidado corporal
Higiene: □ boa □ Regular □ Ruim
7. Sono e repouso
□ Sem alterações □ Dificuldade para dormir □ Insônia □ Hipersonia □ Fadiga
8. Dor: □ Ausente □ Mama E □ Mama D □ Lombar □ Baixo-ventre □ Incisão cesárea □ Episiorrafia □ Períneo □ Membros inferiores □ Outra: _____
9. Amamentação
9.1. Presente: □ NSA □ Sem alterações
9.2. Dificuldade para amamentar: □ Pega incorreta □ Dor ao amamentar □ Pouca oferta mama ao RN
9.3. Ausente: □ Separação entre mãe e RN □ Contraindicação à amamentação □ RN natimorto □ Dificuldade para amamentar

□ Náusea
□ Eliminação urinária prejudicada
□ Constipação
□ Risco de infecção
□ Volume de líquidos excessivo
□ Perfusão tissular periférica ineficaz
□ Dor aguda
□ Risco de volume de líquidos deficiente
□ Risco de integridade da pele prejudicada
□ Integridade da pele prejudicada
□ Outro(s):
1._____
2._____
3._____
4._____
5._____

□ Amamentação ineficaz
□ Amamentação interrompida
□ Outro(s):
1._____
2._____
3._____

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

1. Estado civil: □ Solteira □ União consensual □ Casada □ Divorciada □ Viúva
2. Acompanhante: □ Sem acompanhante □ Mãe □ Sogra
3. Orientação no tempo e espaço
3.1. Nível de consciência: □ Lúcida □ Confusa
3.2. Nível de orientação: □ Orientada □ Desorientada
4. Conhecimento sobre o seu estado de saúde
□ Desconhece □ Ciente □ Apreensiva/Preocupada

□ Ansiedade
□ Outro(s):
1._____
2._____

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
1. Religião ou filosofia de vida:_____ □ Praticante □ Não praticante	
VI - EXAME FÍSICO	
1. Medidas antropométricas: 1.1. Peso: ____kg 1.2. Altura: ____cm 2. Sinais vitais: 2.1. PA__x__mmHg 2.2. Tax.: ___°C 2.3. FC: ___bpm 2.4. FR: __ mrpm 3. Idade gestacional: _____ 4. Exames laboratoriais: 4.1. HIV: □ Negativo □ Positivo 4.2. VDRL: □ Negativo □ Positivo 4.3. TS: □ A □ B □ AB □ O 4.4. Rh: □ Negativo □ Positivo	□ Hipertermia □ Outro(s): 1._____ _____ 2._____
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ DATA: __/__/____ ENFERMEIRO: _____ COREN:_____	

* Histórico de enfermagem adaptado de Busanello (2006).

APÊNDICE E – Modelo de histórico de enfermagem para o recém-nascido

UNIDADE DE INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM*
RECÉM-NASCIDO

Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

I - IDENTIFICAÇÃO

1. RN de: 2. Nome:

II - DADOS DO PARTO E RN

1. Tipo de parto: ▫ Vaginal ▫ Cesárea 2. DN: __/__/____ 3. HN: ___h___min 4. Sexo: ▫ Feminino ▫ Masculino 5. Capurro: _____
6. APGAR: 1° min: e 2° min: 7. Exames: ▫ Nenhum ▫ Bilirrubina ▫ Hematócrito ▫ Outros:

III - EXAME FÍSICO

Cabeça/pescoço

1. Fontanelas — Niveladas — Protuberantes — Deprimidas
Anterior ▫ ▫ ▫
Posterior ▫ ▫ ▫
Suturas ▫ Abertas ▫ Fechadas ▫ Sobrepostas
2. Variações: ▫ Moldagem ▫ Cabeça ▫ Cefaloematoma

	Normal	Anormal	Achados anormais
3. Face:	▫	▫	
4. Olhos:	▫	▫	
5. Orelhas:	▫	▫	
6. Nariz (desobstrução):	▫	▫	
7. Boca (lábios, mucosas, língua, palato)	▫	▫	
8. Pescoço:	▫	▫	
Tórax			
9. Aparência(forma, mamas, mamilos)	▫	▫	
10. Ausculta respiratória	▫	▫	
Cardiovascular			
11. Ausculta cardíaca	▫	▫	
12. Pulso braquiais/femorais (força, igualdade)	▫	▫	
Abdome			
13. Aparência (forma, tamanho)	▫	▫	
14. Cordão umbilical	▫	▫	
15. Fígado (menor ou igual a 3cm)	▫	▫	
Genitália			
16. Feminina (lábios, introito, corrimento)	▫	▫	
17. Masculina (meato, escroto, testículos)	▫	▫	
18. Circuncisão: ▫ Sim ▫ Não	▫	▫	
Musculoesquelético			
19. Tônus muscular	▫	▫	
20. Membros (simetria, digitais, amplitude de movimentos)	▫	▫	
21. Quadris(simetria, amplitude de movimentos)	▫	▫	
22. Coluna vertebral (alinhamento, integridade)	▫	▫	
Neurológico			
23. Reflexos (presença, simetria)			
Moro	▫	▫	
Apreensão	▫	▫	
Babinski	▫	▫	
24. Choro (presença, Características)	▫	▫	
Pele			
25. Turgor: ▫ Bom ▫ Ruim			
26. Estado: ▫ Macia ▫ Úmida ▫ Seca ▫ Rachada ▫ Descamativa			
27. Cor: ▫ Rosada ▫ Corada ▫ Cianótica ▫ Pálida ▫ Icterícia			

VI - DIAGNÓSTICOS DE NFERMAGEM

▫ Desobstrução ineficaz de vias aéreas
▫ Risco para infecção
▫ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
▫ Outro(s):
1._____
2._____
3._____
4._____

IV - NUTRIÇÃO/ALIMENTAÇÃO	
1.Reflexos: Sim Não Sucção ◻ ◻ Deglutição ◻ ◻ 2. Tipo: ◻ Aleitamento materno Frequência de mamadas: ____ vezes ____horas Posicionamento: ◻ Correto ◻ Incorreto Pega: ◻ Correta ◻ Incorreta Deglutições adequadas e audíveis: ◻ Sim ◻ Não ◻ Alimento industrializado: Volume: ____ml Frequência:____vezes____ horas 3. Eructação após alimentação: ◻ Sim ◻ Não 4. Regurgitação: ◻ Não ◻ Sim 5. Uso de chupeta: ◻ Não ◻ Sim 6. Fezes (vezes/dia, cor, consistência):_____ _____ 7. Urina (vezes/ dia, cor):_____	◻ Risco para aspiração ◻ Amamentação ineficaz ◻ Amamentação interrompida ◻ Outro(s): 1._____ _____ 2._____ _____
V- MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E SINAIS VITAIS	
1. Medidas antropométricas: 1.1. Peso: ____kg 1.2. Comprimento: ____cm 1.3. Cabeça: ____cm 1.4. Tórax: ____cm 2. Sinais vitais: 2.1. Tax.: ___°C 2.2. Pulso: ___bpm 2.3. FR: __ mrpm	◻ Hipotermia ◻ Hipertermia ◻ Outro(s): 1._____ _____ 2._____
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: _____ _____ _____ _____ _____ _____ DATA: / / ENFERMEIRO: COREN:	

* Histórico de enfermagem adaptado de Busanello (2006).

APÊNDICE F – Instrumento de apresentação do Processo de Enfermagem entregue aos enfermeiros participantes do estudo

Enfermeiro ___ . Marque se você concorda ou discorda com os diagnósticos de enfermagem, cuidados de enfermagem e aprazamento. Caso discorde, favor justificar no espaço para alterações, no qual podem ser feitas sugestões de inclusões e/ou exclusões de diagnósticos e cuidados de enfermagem. Se necessário, utilize o verso da folha. Você terá um prazo de ___dias para entregar este formulário, conforme combinado com a pesquisadora. Data prevista de entrega: __/__/2011.
Sua participação é muito importante para este estudo, de forma que ele possa se adequar a sua realidade e contribuir para uma futura implantação do Processo de Enfermagem. Desde já agradeço sua colaboração! Enfermeira Mestranda Fernanda Pimpão. Contato: fhernandapimpao@yahoo.com.br ou (53)84244363.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E CUIDADOS DE ENFERMAGEM		**AVALIAÇÃO ENFERMEIRAS**		
GESTANTES	APRAZAMENTO	Concordo	Discordo	Alterações (inclusões, exclusões ou sugestões)
VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ				
- Pesar a paciente e monitorar tendências.	- 1x/dia			
- Monitorar sinais e sintomas de retenção de líquidos.	- 1x/turno			
- Monitorar alterações no edema periférico.	- 1x/turno			
- Monitorar a ingestão e a eliminação.	- 1x/turno			
- Orientar restrição hídrica.	- 1x e SQN*			
- Oferecer dieta com baixo teor de sódio ou sem adição de sal.	- Atenção			
- Orientar e explicar os benefícios do decúbito lateral esquerdo.	- 1x e SQN			
- Monitorar sinais vitais maternos (frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura e frequência respiratória), antes, durante e após a infusão de medicamentos.	- Atenção			
- Avaliar vitalidade fetal pela movimentação fetal.	- 1x e SQN			
- Auscultar e anotar os batimentos cardíacos fetal e os ritmos.	- 1x e SQN			
- Controlar o gotejamento do soro.	- Atenção			
- Administrar drogas hipotensoras, conforme prescrição.	- Atenção			
- Administrar diuréticos, conforme prescrição.	- Atenção			
ANSIEDADE				
- Usar uma abordagem calma e segura.	- Sempre			
- Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que a gestante possa ter durante o procedimento.	- Sempre			
- Oferecer informações reais sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico.	- 1x e SQN			
- Encorajar família a apoiar a paciente.	- Sempre			
- Orientar o uso de técnicas de relaxamento.	- 1x e SQN			
- Observar a presença de sinais verbais e não verbais de ansiedade.	- Atenção			

Cont.

ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA				
- Promover ingestão nutricional adequada. - Orientar ingesta hídrica, quando adequado. - Orientar a paciente a evitar a ducha vaginal, desodorantes locais, banhos de imersão ou perfumes na região vulvar. - Orientar a paciente a evitar irritantes vesicais, como café, álcool e bebidas carbonadas. - Orientar a paciente a fazer a higiene perianal em movimentos da frente para trás, a urinar antes e após o intercusso sexual e a usar calcinhas de algodão. - Administrar antibióticos, conforme prescrição. - Monitorar eliminação urinária.	- Atenção - 1x e SQN - 1x e SQN - 1x e SQN - 1x e SQN - Atenção - 1x/turno			
DOR AGUDA				
- Avaliar a dor (localização, início, duração, frequência, intensidade e fatores predisponentes). - Promover um ambiente confortável. - Administrar analgésicos, conforme prescrição.	- 1x/turno e SQN - Sempre - Atenção			
NÁUSEA				
- Identificar estratégias que tenham sido bem-sucedidas no alívio das náuseas. - Orientar alimentação fracionada em pequenas quantidades. - Orientar o consumo de líquidos frios. - Promover sono e repouso adequados. - Monitorar efeitos do controle da náusea.	- SQN - 1x/turno e SQN - 1x/turno e SQN - Atenção - 1x/turno			
CONSTIPAÇÃO				
- Oferecer uma dieta com elevado teor de fibras. - Encorajar o aumento da ingestão hídrica, a menos que contraindicado. - Orientar a gestante e a família sobre a relação entre dieta, exercício e ingestão de líquidos e a constipação. - Administrar laxante/emoliente, conforme prescrição. - Administrar enema ou irrigação, conforme prescrição.	- Atenção - 1x/turno e SQN - 1x/turno e SQN - Atenção - Atenção			
RISCO DE VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE				
- Orientar repouso no leito e posição lateral. - Registrar a ingestão e a eliminação. - Elevar extremidades inferiores. - Administrar derivados de sangue, conforme prescrição. - Monitorar a presença de sangramentos ou de cólicas. - Observar sinais de aborto espontâneo. - Monitorar sinais vitais maternos e batimentos cardíacos do feto.	- 1x/turno e SQN - 1x/turno - Atenção - Atenção - 1x/turno e SQN - Atenção - 1x/turno e SQN			

Cont.

RISCO DE INFECÇÃO				
- Assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas. - Trocar os acessos endovenosos periféricos, bem como os curativos, conforme protocolo da instituição. - Monitorar a temperatura materna. - Monitorar sinais e sintomas de infecção. - Orientar a paciente e os familiares sobre os sinais e sintomas de infecção e de relatá-los ao provedor de cuidados de saúde.	- Atenção - Atenção - 1x/turno e SQN - Atenção - 1x e SQN			
PUÉRPERAS	APRAZAMENTO	Concordo	Discordo	Alterações (inclusões, exclusões ou sugestões)
DOR AGUDA				
- Avaliar a dor (localização, início, duração, frequência, intensidade e fatores predisponentes). - Promover um ambiente confortável. - Administrar analgésicos, conforme prescrição.	- 1x/turno e SQN - Sempre - Atenção			
VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ				
- Pesar a paciente e monitorar tendências. - Monitorar sinais e sintomas de retenção de líquidos. - Monitorar alterações no edema periférico. - Monitorar a ingestão e a eliminação. - Orientar restrição hídrica. - Oferecer dieta com baixo teor de sódio ou sem adição de sal. - Administrar drogas hipotensoras, conforme prescrição. - Administrar diuréticos, conforme prescrição.	- 1x/dia - 1x/turno - 1x/turno - 1x/turno - 1x e SQN - Atenção - Atenção - Atenção			
CONSTIPAÇÃO				
- Oferecer uma dieta com elevado teor de fibras. - Encorajar o aumento da ingestão hídrica, a menos que contraindicado. - Encorajar a deambulação precoce. - Orientar a paciente e a família sobre a relação entre dieta, exercício e ingestão de líquidos e a constipação. - Administrar laxante/emoliente, conforme prescrição. - Administrar enema ou irrigação, conforme prescrição.	- Atenção - 1x e SQN - 1x e SQN - 1x e SQN - Atenção - Atenção			

Cont.

RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA				
- Orientar sobre a forma de controlar a congestão das mamas (amamentação em livre demanda, com frequência e com a técnica correta). - Encorajar a mãe a oferecer ambos os seios a cada amamentação - Orientar a mãe para deixar o bebê mamar até soltar o peito. - Orientar a mãe a massagear e espremer a região da aréola antes de amamentar para tirar um pouco de leite, se o peito estiver muito cheio. - Orientar o uso de sutiã de sustentação. - Orientar a mãe a não usar cremes, pomadas, sabão ou sabonete nos mamilos.	- 1x e SQN - 1x e SQN - 1x e SQN - 1x e SQN - 1x e SQN			
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA				
- Orientar a posição e a pega correta. - Orientar a mãe a iniciar o aleitamento pela mama sadia e depois passar para a mama com rachaduras. - Orientar a exposição das mamas aos raios do sol ou à luz artificial (lâmpada de 40 watts a uma distância de 30 cm). - Ensinar e orientar a ordenha manual quando a mãe perceber o excesso de leite na mama. - Orientar a mãe a oferecer o peito ao bebê com maior frequência. - Orientar a amamentação sob livre demanda. - Orientar o uso de sutiã de sustentação. - Orientar a mãe a não usar cremes, pomadas, sabão ou sabonete nos mamilos.	- 1x e SQN - 1x e SQN - 1x e SQN - 1x e SQN - 1x e SQN - Sempre - 1x e SQN - 1x e SQN			
HIPERTERMIA				
- Monitorar a temperatura axilar. - Administrar medicação antipirética, conforme prescrição. - Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção (mamas e incisões cirúrgicas de cesárea ou de episiorrafia). - Promover a ingestão nutricional adequada. - Encorajar a ingestão de líquidos, se não houver restrição hídrica.	- 1x/turno - Atenção - 1x/turno e SQN - Atenção - 1x e SQN			

Cont.

RISCO DE VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE				
- Monitorar sinais vitais.	- 1x/turno e SQN			
- Monitorar os lóquios (características, quantidade, cor, presença de coágulos).	- 1x/turno e SQN			
- Avaliar a distensão da bexiga.	- 1x/turno e SQN			
- Orientar a paciente a esvaziar a bexiga antes do exame pós-parto.	- 1x/turno e SQN			
- Monitorar e registrar a altura e a firmeza do fundo do útero a cada 15 min./1 hora; depois, a cada 1 hora/4 horas; por fim, a cada 4 horas/24 horas.	- Atenção			
- Massagear suavemente o fundo de útero até que esteja firme.	- 1x/turno e SQN			
- Aplicar solução gelada no fundo do útero.	- 1x/turno e SQN			
- Colocar o bebê junto ao seio materno para estimular a produção de ocitocina.	- 3h/3h			
- Elevar membros inferiores.	- 1x/turno e SQN			
- Iniciar infusão EV, conforme prescrição.	- Atenção			
- Administrar ocitócitos EV ou IM, conforme prescrição.	- Atenção			
- Administrar derivados do sangue, conforme prescrição.	- Atenção			
ANSIEDADE				
- Usar uma abordagem calma e segura.	- Sempre			
- Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que a paciente possa ter durante o procedimento.	- SQN			
- Oferecer informações reais sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico.	- 1x/turno e SQN			
- Encorajar família a apoiar a paciente.	- 1x/turno e SQN			
- Orientar o uso de técnicas de relaxamento.	- 1x/turno e SQN			
- Observar a presença de sinais verbais e não verbais de ansiedade.	- Atenção			
RISCO DE INFECÇÃO				
- Assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas.	- Atenção			
- Trocar os acessos endovenosos periféricos e os curativos, conforme protocolo da instituição.	- Atenção			
- Monitorar a temperatura axilar.	- 1x/turno e SQN			
- Monitorar sinais e sintomas de infecção.	- Atenção			
- Avaliar mamas (consistência, presença de nódulos, tipos de mamilos).	- 1x/turno e SQN			
- Examinar a condição da incisão cirúrgica (cesárea ou episiorrafia).	- 1x/turno e SQN			
- Examinar os membros inferiores quanto à coloração, temperatura e perfusão periférica, em busca de sinais de tromboflebites.	- 1x/turno e SQN			
- Verificar sinais de Homan e Bandeira.	- 1x/turno e SQN			
- Orientar a paciente e os familiares sobre os sinais e sintomas de infecção e da necessidade de relatá-los ao provedor de cuidados de saúde.	- 1x/turno e SQN			

Cont.

BINÔMIO MÃE/RECÉM-NASCIDO	APRAZAMENTO	Concordo	Discordo	Alterações (inclusões, exclusões ou sugestões)
AMAMENTAÇÃO INEFICAZ				
- Observar o bebê junto ao peito para determinar a posição correta, o deglutir audível e o padrão de sucção/deglutição.	- Atenção			
- Orientar a mãe a posicionar-se corretamente.	- 1x/turno e SQN			
- Orientar sobre a técnica apropriada para interromper a sucção do bebê, com auxílio do dedo mindinho.	- 1x/turno e SQN			
- Promover conforto e privacidade nas primeiras tentativas de amamentação.	- Atenção			
- Encorajar a sucção não nutritiva no seio.	- 1x/turno e SQN			
- Encorajar a mãe a permitir que o bebê seja amamentado o tempo que desejar.	- 1x/turno e SQN			
- Monitorar o reflexo de descida do leite.	- Atenção			
- Orientar a mãe sobre a forma de fazer o bebê regurgitar.	- 1x/turno e SQN			
- Orientar o uso de sutiã de sustentação.	- 1x/turno e SQN			
- Orientar a mãe a não usar cremes, pomadas, sabão ou sabonete nos mamilos.	- 1x/turno e SQN			
AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA				
- Orientar o enfaixamento das mamas.	- 1x/turno e SQN			
- Iniciar o inibidor de lactação de maneira precoce, conforme prescrição.	- Atenção			
- Destinar enfermaria com dois leitos à paciente, se possível.	- Atenção			
- Promover privacidade no momento de troca do enfaixamento das mamas.	- Atenção			
- Orientar a mãe a não oferecer chupeta ao bebê.	- 1x/turno e SQN			
- Orientar a mãe a alimentar o bebê com o leite fornecido pelo Banco de Leite em mamadeira com bico.	- 1x/turno e SQN			
- Orientar a mãe a não realizar o aleitamento cruzado.	- 1x/turno e SQN			
RECÉM-NASCIDO				
DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS				
- Instilar 10 gotas de solução fisiológica morna nas narinas antes das mamadas.	- 1x/turno e SQN			
- Observar padrão respiratório.	- Atenção			
- Observar presença de cianose de extremidades e/ou perioral.	- Atenção			
- Manter decúbito dorsal elevado.	- Atenção			
- Supervisionar/observar sucção no seio materno.	- 1x/turno e SQN			

Cont.

RISCO DE DESEQUILÍBRIO NA TEMPERATURA CORPORAL				
- Monitorar a temperatura do corpo do recém-nascido. - Prover ambiente aquecido, livre de correntes de ar. - Suprimir fontes de perda de calor. - Manter lençóis, cobertores e roupas do bebê secos. - Dar o primeiro banho no recém-nascido após estabilização da temperatura. - Orientar a mãe sobre cuidados para manutenção da temperatura do recém-nascido.	- 1x/turno e SQN - Atenção - Atenção - Atenção - Atenção - 1x/turno e SQN			
HIPOTERMIA				
- Verificar temperatura axilar. - Trocar fraldas e cobertas sempre que estiverem molhadas. - Suprimir fontes de perda de calor. - Envolver a cabeça e o corpo do recém-nascido em manta aquecida ou cobertor. - Observar complicações do resfriamento: hipóxia, acidose respiratória, hipoglicemia, perda de peso. - Observar cianose de extremidades/perioral. - Comunicar o médico caso a hipotermia persistir por uma hora após a implementação dos cuidados de enfermagem.	- 1x/turno e SQN - Atenção - Atenção - 1x/turno e SQN - Atenção - Atenção - Atenção			
HIPERTERMIA				
- Verificar temperatura. - Retirar o excesso de roupa. - Suprimir o uso de cobertas e de touca. - Dar banho morno de imersão. - Comunicar o médico caso a hipertermia persistir por uma hora após a implementação dos cuidados de enfermagem. - Observar sinais de septicemia: função respiratória, pele, pouca alimentação, irritabilidade, sinais de infecção localizada (pele, cicatriz umbilical, olhos, lacerações do parto).	- 1x/turno e SQN - Atenção - Atenção - 1x - Atenção - Atenção			
RISCO PARA INFECÇÃO				
- Incentivar o aleitamento materno. - Monitorar temperatura do corpo do recém-nascido. - Oferecer água destilada à mãe para uso em higiene ocular. - Realizar curativo do coto umbilical com álcool 70%. - Manter o coto umbilical seco e exposto ao ar, mantendo a fralda abaixo dele. - Observar sinais de infecção: pele, cicatriz umbilical, olhos, lacerações do parto.	- Sempre - Atenção - 1x/turno e SQN - 1x/turno e SQN - Atenção - Atenção			

RISCO PARA ASPIRAÇÃO				
- Orientar mãe a manter o recém-nascido na posição vertical ao ser alimentado. - Instruir a mãe sobre a necessidade de aguardar a eructação do recém-nascido após a mamada, para então colocá-lo no berço. - Manter recém-nascido em decúbito dorsal elevado. - Observar presença de cianose de extremidades e/ou perioral.	- 1x/turno e SQN - 1x/turno e SQN - Atenção - Atenção			

*SQN: Sempre que necessário