

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

SIMONE SOUSA OLIVEIRA FONSECA

**CARACTERIZAÇÃO DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS E DIAGNÓSTICOS
DE ENFERMAGEM EM ALOJAMENTO CONJUNTO**

CAMPO GRANDE, MS

2014

SIMONE SOUSA OLIVEIRA FONSECA

**CARACTERIZAÇÃO DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS E DIAGNÓSTICOS
DE ENFERMAGEM EM ALOJAMENTO CONJUNTO**

Dissertação apresentada ao programa Pós-graduação, Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Auxiliadora de Souza Gerk; Coorientadora Profa. Dra. Marisa Dias Rolan Loureiro.

Área de concentração: Enfermagem; Linha de pesquisa: O cuidado em Saúde e Enfermagem; Grupo de pesquisa: O cuidado em saúde e enfermagem no ciclo vital da criança, adolescente, mulher e família.

CAMPO GRANDE, MS

2014

SIMONE SOUSA OLIVEIRA FONSECA

**CARACTERIZAÇÃO DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS E DIAGNÓSTICOS
DE ENFERMAGEM EM ALOJAMENTO CONJUNTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o resultado _____.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Maria Auxiliadora de Souza Gerk – UFMS

Membro titular: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Cristina Brandt Nunes – UFMS

Membro titular: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Ana Paula de Assis Sales da Silva – UFMS

Membro suplente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Maria Gorette dos Reis – UFMS

Campo Grande, 08 de agosto de 2014.

Ao meu esposo *Hudson*, pela dedicação e abnegação, seu apoio e incentivo foram essenciais para suavizar minha caminhada. Obrigada pela compreensão nos momentos difíceis nos quais não pude estar presente, mais uma vez provou que o amor supera a tudo.

Aos meus filhos e razão do viver, *Isabella Vitória* e *Henry Hudson*, pelo amor incondicional, pela alegria constante, por entenderem a minha ausência e compreenderem que busco um futuro melhor.

A minha querida irmã *Daniela*, por ser uma fonte de inspiração para mim, exemplo de determinação, esforço, garra, lutas intermináveis e vitórias. Alguém que sempre me incentivou a acreditar que nós somos capazes de realizar aquilo que queremos. Muito obrigada "Cherry" por mesmo distante, fazer parte de todos os momentos da minha vida, te amo!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente sou grata a Deus, doador e mantenedor da vida, razão pela qual existo. Muito obrigada Senhor, por me dares força, inspiração e coragem pra prosseguir nos momentos mais difíceis, quando a jornada parecia ser árdua demais para mim.

A meus pais ausentes João Sousa Oliveira e Isabel Rosa Oliveira que, enquanto viveram, foram um exemplo de amor e perseverança. Sempre me apoiaram, me compreenderam e nunca mediram esforços para que meus sonhos pessoais fossem realizados. Saudades eternas!

Às minhas colegas do mestrado, pelas amizades que se consolidaram e pelo apoio e incentivo que sempre ofereceram nos momentos difíceis, pelas sugestões, por compartilhar ideias e pensamentos.

Às professoras Dôra Gerk, Cristina Brandt e todos os membros do GEESM (Grupo de Estudos em Enfermagem na Saúde da Mulher) e GEENFEP (Grupo de Estudos em Enfermagem Pediátrica), pelos estudos compartilhados.

À coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Profa. Dra. Maria da Graça da Silva, por todo esforço e dedicação para que a abertura desse curso fosse uma realidade.

Aos membros do colegiado do Mestrado em Enfermagem, pela oportunidade do aprendizado durante as reuniões.

À Evelyn Ferro eficiente membro do Comitê de Ética e Pesquisa, por seu profissionalismo, competência, disposição e iniciativa para solucionar problemas.

Às enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, pelo apoio, incentivo e disponibilidade.

Às mães e seus bebês que permitiram e se mostraram pacientes durante as entrevistas.

Às queridas mestras presentes na banca examinadora pelas contribuições para execução deste trabalho.

Enfim, muito obrigado a todos que de alguma forma me ajudaram a alcançar meu objetivo, através das orações, do incentivo, do apoio e do carinho, minha conquista também pertence a vocês.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Profa. Dra. Maria Auxiliadora de Souza Gerke

Profa. Dra. Marisa Dias Rolan Loureiro

Minha eterna gratidão e respeito!

Por terem me orientado e “andado comigo a segunda milha”, pela dedicação e valiosas correções e contribuições que deram sentido a este trabalho.

Pela paciência nos momentos difíceis de minha vida, pelas palavras de carinho, por fazerem parte de minha história, não só como minhas orientadoras mas também como amigas e mestras.

Especialmente pelo exemplo de competência, profissionalismo e dedicação com que executam diariamente vosso trabalho.

Bons professores são mestres temporários, professores fascinantes são mestres inesquecíveis, e ser um mestre inesquecível é formar seres humanos que farão diferença no mundo.

Augusto Cury

*... Dias inteiros de calma, noites de
ardentia, dedos no leme e olhos no
horizonte, descobri a alegria de
transformar distâncias em tempo.*

*Um tempo em que aprendi a entender as
coisas do mar, a conversar com as
grandes ondas e não discutir com o mau
tempo.*

*A transformar o medo em respeito, o
respeito em confiança. Descobri como é
bom chegar quando se tem paciência. E
para se chegar, onde quer que seja,
aprendi que não é preciso dominar a
força, mas a razão.*

É preciso, antes de mais nada querer.

Amyr Klink

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo geral descrever as características da população de puérperas e recém-nascidos assistida no alojamento conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian e os seus diagnósticos de enfermagem de acordo com a classificação da North American Nursing Diagnosis Association – Classificação NANDA 2013. Trata-se de um estudo transversal e descritivo cuja coleta de dados ocorreu no período de 25 de julho a 31 de outubro de 2013. A amostra constitui-se de 101 puérperas e 102 recém-nascidos que estavam internados no alojamento conjunto no referido período e, para os quais foi aplicado pela própria pesquisadora um instrumento de coleta de dados, constituído pelo Histórico de Enfermagem adaptado de Gerk, Freitas e Nunes (2010) previamente elaborado e testado. A maioria das mulheres (78,2%) encontrava-se na faixa etária entre 18 e 29 anos, vivia com o companheiro, possuía dez a 13 anos de escolaridade, estava desempregada e exercia atividades relacionadas aos cuidados do lar, com renda familiar de um a três salários mínimos e residia em casa própria de alvenaria tendo como destino da água a fossa séptica. A maioria dos recém-nascidos era do sexo feminino (59,4%), com idade gestacional a termo completo e com peso superior a 2.500g. Os diagnósticos de Enfermagem mais frequentes encontrados entre as puérperas foram: risco de infecção, integridade tissular prejudicada, conforto prejudicado e disposição para amamentação melhorada. Relacionados ao recém-nascido foram: risco de infecção, risco de desequilíbrio na temperatura corporal, disposição para amamentação melhorada. Espera-se que a identificação dos diagnósticos de enfermagem contribua para subsidiar a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no alojamento conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, resultando na implementação do Processo de Enfermagem e, no favorecimento de ações rápidas e eficazes para resolução dos problemas encontrados. No entanto, estudos que possibilitem a elaboração de intervenções de enfermagem direcionadas aos diagnósticos de Enfermagem identificados nesta pesquisa são necessários, objetivando o aprimoramento da assistência para a clientela em questão.

Descritores: Diagnósticos de enfermagem. Enfermagem neonatal. Enfermagem obstétrica. Alojamento conjunto. Período pós-parto.

ABSTRACT

This research had as objective to describe the general characteristics of the population of women who had given birth and newborns assisted in rooming University Hospital Maria Aparecida Pedrossian Maternity and their nursing diagnoses according to the North American Nursing Diagnosis Association – NANDA 2013 Classification. It is a cross-sectional descriptive study which data collection occurred from July 25th to October 31st, 2013. The sample consisted of 101 postpartum women and 102 infants who were hospitalized in rooming in that period, and for which it was applied by the researcher an instrument of data collection, comprised by the *History of Nursing* adapted by Gerk, Freitas, and Nunes (2010) previously developed and tested. Most women (78.2%) was in the age group between 18 and 29 years, who lived with her partner, had ten to 13 years of education, was unemployed and did housework activities, with one to three minimum wages of income and lived in her own house of masonry with septic tank. Most infants were female (59.4%), with full-term gestational age and weighing more than 2,500 g. The most frequently risks found among the mothers were: infection, impaired tissue integrity; impaired comfort and disposal to improved breastfeeding. The risks related to newborns were: risk of infection, risk of imbalance in body temperature, disposal for improved breastfeeding. It is expected that nursing diagnoses identification contribute to subsidize the deployment of the Systematization of Nursing throughout the University Hospital Maria Aparecida Pedrossian Maternity accommodation resulting in the implementation of nursing process and in the favor of fast and effective actions to solve the problems found. However, studies for the development of nursing interventions to nursing diagnoses identified in this study are needed, aiming the improvement of care for the postpartum women.

Keywords: Nursing diagnoses. Neonate nursing. Midwifery nursing. Rooming. Postpartum period.

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1 - Caracterização sociodemográfico das puérperas assistidas no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=101)37
- TABELA 2 - Caracterização quanto ao sexo, idade gestacional e peso ao nascer dos recém-nascidos assistidos no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=102).....38
- TABELA 3 - Diagnósticos de Enfermagem das puérperas assistidas no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=101)39
- TABELA 4 - Fatores de risco para o diagnóstico de Enfermagem – Risco de Infecção –, identificado entre as puérperas assistidas no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=96)40
- TABELA 5 - Características definidoras e fatores relacionados para o diagnóstico de Enfermagem – Integridade Tissular Prejudicada –, identificado entre as puérperas assistidas no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=96)40
- TABELA 6 - Características definidoras e fatores relacionados para o diagnóstico de Enfermagem – Conforto Prejudicado –, identificado entre as puérperas assistidas no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=84)41
- TABELA 7 - Características definidoras e fatores relacionados para o Diagnóstico de Enfermagem – Disposição para Amamentação Melhorada –, identificado entre puérperas assistidas no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=66)41

TABELA 8 - Diagnósticos de Enfermagem dos recém-nascidos assistidos no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=102)	42
TABELA 9 - Fatores de risco para o Diagnóstico de Enfermagem – Risco de Infecção –, identificado entre os recém-nascidos assistidos no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=102)	42
TABELA 10 -Fatores de risco para o Diagnóstico de Enfermagem – Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal –, identificado entre os recém-nascidos assistidos no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=102).....	43
TABELA 11 -Características definidoras e fatores relacionados para o Diagnóstico de Enfermagem – Disposição para Amamentação Melhorada – identificado entre os recém-nascidos assistidos no alojamento conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=66)	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	15
2.1.1 Definição de Sistematização da Assistência de Enfermagem	16
2.2 PROCESSO DE ENFERMAGEM	17
2.3 TEORIAS DE ENFERMAGEM	18
2.3.1 Teoria de Wanda de Aguiar Horta	19
2.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	21
2.4.1 Diagnóstico de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association	22
2.5 ALOJAMENTO CONJUNTO	24
3 OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GERAL	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
4 MATERIAL E MÉTODO	28
4.1 TIPO DE ESTUDO	28
4.2 LOCAL DO ESTUDO	28
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	29
4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão	30
4.4 COLETA DE DADOS	30
4.4.1 Teste Piloto	30
4.4.2 Aplicação do instrumento de coleta de dados	31
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	32
4.5.1 Variáveis relacionadas à puerpera	32
4.5.2 Variáveis relacionadas ao recém-nascido	33
4.5.3 Diagnósticos de enfermagem	34
4.6 TRATAMENTO DOS DADOS	34
4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	35
5 RESULTADOS	36

6 DISCUSSÃO	44
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	74
ANEXOS	76

1 INTRODUÇÃO

As ideias apresentadas e difundidas por Florence Nightingale (1820-1910), no século XVIII, possibilitaram a evolução do conhecimento em Enfermagem sobre o processo de cuidar, considerando a sua essência quanto aos aspectos do saber e do fazer (GARCIA; NOBREGA, 2009). Desde então, a Enfermagem passou a adotar práticas baseadas em conhecimentos científicos deixando de ser uma atividade meramente tarefaira, caritativa e empírica (TANNURE; PINHEIRO, 2013).

Conforme enfatizam Tannure e Pinheiro (2013), vários modelos assistenciais foram desenvolvidos pautados em novos conceitos e Teorias de Enfermagem (TE), tendo como objetivo o gerenciamento da assistência e, para o seu alcance, utilizam metodologia científica que engloba o levantamento de dados do cliente¹, planejamento das intervenções, prescrição das ações e, por fim, a avaliação. Todas as etapas desse método, conhecido como Processo de Enfermagem (PE), devem ser documentadas possibilitando produzir conhecimentos a partir da prática assistencial.

No Brasil, o PE foi regulamentado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986), constituindo uma ferramenta de trabalho da enfermeira², um instrumento metodológico que orienta o cuidado e a documentação da prática profissional (BRASIL, 1986).

Posteriormente, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) promulgou a Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009, com o objetivo de enfatizar e esclarecer o que já existia na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei n. 7.498/1986) sobre o PE, e apontar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como uma forma de organização do trabalho da enfermeira e operacionalização do PE (BRASIL, 1986, 2009b).

¹ O termo “cliente” é usado para designar quem confia sua saúde a um trabalhador de saúde, enquanto o termo “paciente” é aquele que se submete sem criticar o tratamento recomendado. Prefere-se usar o termo cliente, pois implica em poder de decisão e equilíbrio de direitos. (BRASIL 2009).

² Neste estudo foi utilizado o termo *enfermeira* por tratar-se de uma categoria essencialmente feminina (ALBUQUERQUE; PERSEGONA; FREIRE, 2011).

Gerk (2003) denota que o PE é parte indispensável da prática da enfermeira, é o instrumento que respalda as suas ações, norteia as condutas e orienta no processo de tomada de decisão, bem como prevê e posteriormente avalia os resultados, sendo dessa forma, indispensável em qualquer cenário da sua atuação profissional.

Um dos cenários de atuação da enfermeira é a assistência à saúde da mulher no seu ciclo gravídico puerperal. Tal período de vida merece especial atenção devido às alterações emocionais e fisiológicas próprias desta fase. Sendo assim, a puérpera e o seu recém-nascido (RN) necessitam de cuidados de Enfermagem direcionados a estas adaptações, o que implica na utilização do PE para identificação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) e planejamento da assistência (NERY; SANTOS; SAMPAIO, 2013).

Zenkner et al. (2013) descrevem o Alojamento Conjunto (AC) como um sistema hospitalar que possibilita que todos os cuidados assistenciais sejam prestados à mãe e ao filho. Proporciona inúmeras vantagens, entre elas, favorece o aleitamento materno em livre demanda estimulando sua manutenção por tempo prolongado, fortalece o vínculo afetivo entre mãe e filho bem como oferece condições para que a equipe de Enfermagem possa proporcionar assistência integral e com qualidade, oferecendo orientações à puérpera por meio de demonstrações práticas dos cuidados indispensáveis ao RN.

Carmona et al. (2012) ressaltam que compete à enfermeira o compromisso de desenvolver conhecimentos que a habilite a fazer julgamentos clínicos a respeito dos fenômenos de enfermagem relativos à puérpera e ao RN, nomeá-los como DE e propor intervenções específicas.

Desta maneira, pretendeu-se com este estudo conhecer as características da população de puérperas e de seus recém-nascidos assistida no AC da maternidade de um hospital de ensino e os seus DE e, apresentar os resultados deste estudo às profissionais da referida unidade como forma de colaboração quando do início da implantação da SAE neste setor.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A SAE, originalmente apresentada na Resolução COFEN n. 272, de 27 de agosto de 2002, e, atualmente, na Resolução COFEN n. 358/2009, a SAE é utilizada como ferramenta assistencial entendida como aplicação prática de uma TE na assistência aos clientes e, que organiza o trabalho profissional quanto ao método, dimensionamento de pessoal e instrumentos (BRASIL, 2002, 2009b).

No decorrer da história, a Enfermagem buscou constituir-se como ciência na área da saúde produzindo um conjunto de conhecimentos próprios no ensejo de atender aos interesses, necessidades e peculiaridades da profissão e do contexto social. Desta forma, a produção de uma linguagem específica que atribuisse significado aos elementos constitutivos do ser, saber e fazer tornou-se essencial (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

Como resultado dessa busca, o cuidado passou a fundamentar-se em um consistente conhecimento científico e na autonomia do profissional. A organização desse conhecimento deu-se a partir de 1950, decorrente de importantes avanços na construção e organização dos modelos conceituais de Enfermagem (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013).

A Enfermagem configura-se como a profissão que tem no assistir o seu cerne, e é reconhecida como a profissão do cuidado. Esta premissa não exclui ações de cuidados executadas por outros membros da equipe multiprofissional. Contudo, o único profissional da saúde que tem o cuidado ao ser humano como essência do seu fazer é o de Enfermagem (SCHOLLER; LEOPARDI; RAMOS, 2011).

Observa-se que, nas diversas profissões da área da saúde é crescente a preocupação em aperfeiçoar conhecimentos técnicos científicos para que o nível de assistência prestada ao cliente, família e comunidade seja qualificado. Essa inquietação exige dos profissionais reflexões para que o cuidado possa ser expresso de modo individualizado e metodologicamente sistematizado. Tal fato é evidenciado entre as enfermeiras por sua busca em aprimorar e aplicar a SAE (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013).

2.1.1 Definição de Sistematização da Assistência de Enfermagem

Observou-se na literatura pesquisada tanto a definição de SAE como sinônimo de PE, como também um conceito mais amplo do qual o PE é parte integrante daquela.

Para Neves e Shimizu (2010), Nery, Santos e Sampaio (2013) e Tannure e Pinheiro (2013), a SAE é a metodologia científica que proporciona o desenvolvimento de uma assistência humanizada e individualizada e, que oferece respaldo científico para o planejamento, execução, controle e avaliação das ações de cuidado direto e indireto aos clientes. Para tanto, a aplicação da SAE inicia-se com a execução do Histórico de Enfermagem.

Por meio SAE ocorre o desenvolvimento e a organização do trabalho da equipe, pela qual a enfermeira é responsável e permite priorizar as intervenções para cada cliente quanto as suas necessidades (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

A SAE representa mais que uma opção adequada, pois oportuniza um cuidado individualizado, segundo as necessidades de cada indivíduo (SILVA; NÓBREGA; MACEDO, 2012).

Para Garcia e Nóbrega (2009) a SAE é um conceito mais amplo no qual está inserido o PE, ou seja, a SAE organiza as condições necessárias para que seja possível desenvolver o PE.

A Resolução COFEN n. 358/2009 define a SAE como a organização “[...] do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem” e, preconiza que deve ser realizada em todas as instituições de saúde brasileiras, públicas e privadas, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (BRASIL, 2009b).

De acordo com Inácio et al. (2010) a SAE deve ser estendida às Unidades Básicas de Saúde e Unidades Básicas de Saúde da Família, aplicável a todas as ações estratégicas desenvolvidas e não somente no setor hospitalar.

Lins et al. (2013) denotam que a visibilidade da profissão Enfermagem e o reconhecimento dos resultados alcançados por sua prática estão diretamente associados à aplicação de uma linguagem comum, por meio da aplicação da SAE, o que possibilita a comparação de dados entre diversos setores clínicos e, que permite

também a correlação entre as ações implementadas e os resultados obtidos.

Optou-se, para este estudo, utilizar-se a definição da SAE preconizada pela Resolução COFEN n. 358/2009 (BRASIL, 2009b).

2.2 PROCESSO DE ENFERMAGEM

O PE configura-se como um instrumento metodológico que viabiliza organizar o trabalho e orienta o profissional na execução de uma assistência individualizada e resolutiva, desde que fundamentado por modelos conceituais ou TE adequadas a cada situação de cuidado e necessidade do cliente (GUEDES et al., 2013).

Para Garcia e Nóbrega (2009) o PE é um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e nortear as necessidades da pessoa, família ou coletividade humana, em um dado momento do processo saúde e doença, que necessita do cuidado profissional de Enfermagem.

Considera-se o PE como uma metodologia de prestação de cuidados que orienta uma sequência de etapas singulares e raciocínio lógico, constituindo-se numa ferramenta que pode e deve ser utilizada pelas enfermeiras na execução do seu trabalho, evidenciando o desenvolvimento dos pensamentos e juízos desenvolvidos durante a assistência (BARRA; DAL SASSO, 2010).

Horta (1979) descreveu o PE como a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas com o objetivo de assistir o ser humano, por meio de uma abordagem ética e humanizada dirigida a resolução de problemas e, sugeriu como etapas para o PE o histórico de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de Enfermagem, evolução e prognóstico de Enfermagem.

A mesma autora afirma que a autonomia profissional só será adquirida no momento em que toda a classe passar a utilizar a metodologia científica em suas ações, o que só será alcançado pela aplicação sistemática do PE.

Segundo a Resolução COFEN n. 358/2009 o PE constitui-se de cinco etapas, a saber: histórico de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem, planejamento de Enfermagem, implementação e avaliação de Enfermagem (BRASIL, 2009b).

2.3 TEORIAS DE ENFERMAGEM

O conhecimento de Enfermagem, a partir da década de 1960, passa por um movimento de intelectualização, que reflete a busca por um conjunto de conhecimentos próprios, evidenciado pela construção das TE e, como consequência, pela valorização e o reconhecimento dos aspectos teóricos da profissão (LUCENA; BARREIRA, 2011).

A aplicação de uma teoria na prática da Enfermagem representa um interesse crescente por parte das enfermeiras oferecendo a elas apoio na definição de seus papéis, no melhor conhecimento da realidade e na consequente adequação e qualidade do desempenho profissional, proporcionando aos clientes submeter-se a procedimentos e cuidados com menos danos possíveis, desafiando as práticas existentes e criando novas abordagens (MATOS et al., 2011).

As teorias têm a função de descrever, explicar, diagnosticar e prescrever medidas para a prática assistencial, oferecendo embasamento científico para as ações de Enfermagem. A interligação entre a teoria, a pesquisa e a prática é fundamental para a continuidade do crescimento da Enfermagem como profissão e como ciência. Preferencialmente, a prática deve ser baseada nas teorias que são validadas pela pesquisa. Assim, teoria, pesquisa e prática entrelaçam-se de forma recíproca e contínua (BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014).

Descrita como um instrumento de trabalho que valida o conhecimento científico, a TE demonstra as tendências das visões sobre o processo saúde-doença, ou seja, exprime as formas de olhar e compreender fenômenos de relevância para a Enfermagem que revelam crenças e valores e o modo de conceber os conceitos de enfermagem: saúde-doença, sociedade e ser humano e, de estabelecer a relação entre os mesmos (MATOS et al., 2011; TRUPPEL et al., 2008).

Assim, à medida que a compreensão da realidade se torna mais clara com a definição e correlação entre os conceitos, as teorias transformam-se em instrumentos do processo de trabalho das enfermeiras, que as norteiam a intervir sobre a realidade, auxiliando-as a organizar as informações e dados coletados dos clientes, a analisar e interpretar estes dados e a avaliar os resultados a serem alcançados, consolidando o PE (AMANTE; ROSSETTO; SCHEIDER, 2009; TRUPPEL et al., 2008).

A TE norteia o desvelar da natureza e da vida e embasa a construção do conhecimento da profissão. Seu uso auxilia no reconhecimento da realidade, ajuda a definir papéis e promove uma adequação e qualificação do desempenho profissional (LINS et al., 2013).

A partir do momento em que a enfermeira utiliza uma TE para exercer a assistência estará apta a fomentar conhecimentos teóricos e práticos e, a solidificar o planejamento, execução e avaliação da sua prática (SANTOS; SANTOS, 2011).

2.3.1 Teoria de Wanda de Aguiar Horta

Na década de 1970, Wanda de Aguiar Horta (1926-1981) desenvolveu um modelo conceitual que explica a natureza da Enfermagem, define seu campo de ação específico e sua metodologia (SOUZA et al., 2008).

Como primeira brasileira a formular uma TE e, partindo da teoria criada, Horta (1979, p. 29-30) conceitua Enfermagem como:

É a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde, em colaboração com outros profissionais. Assistir em Enfermagem é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.

Os estudos dessa teórica foram responsáveis por alavancar o ensino e a pesquisa da metodologia da assistência de Enfermagem no Brasil, os mesmos coincidiram com os primeiros cursos de mestrado no país (KLETEMBERG et al., 2010).

Ao elaborar sua teoria, Wanda de Aguiar Horta baseou-se na Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow (1908-1970) e hierarquia de necessidades de João Mohana (1925-1995), que classifica as necessidades humanas em psicobiológicas, psicosociais e psicoespirituais, sendo conhecida como uma das mais importantes no que diz respeito à motivação humana. Nesta teoria, as necessidades dos seres humanos obedecem a uma hierarquia, ou seja, uma escala de valores a serem galgados, no momento em que o indivíduo supre uma necessidade, surge outra em seu lugar, necessitando sempre que se busquem meios para satisfazê-la (OLIVEIRA, 2012).

A partir dos estudos da Teoria de Maslow, Wanda de Aguiar Horta criou a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB); esta compreende leis gerais que norteiam os fenômenos universais, tais como a lei do equilíbrio, da adaptação, da homeostase e do holismo (HORTA, 1979; OLIVEIRA, 2012).

As NHB são interdependentes e fazem parte de um todo indivisível do ser humano de tal forma que, quando uma se manifesta todas elas sofrem algum grau de alteração (SALGADO et al., 2012).

Ao avaliar o cliente e planejar sua assistência com base na estrutura e conceitos da teoria das NHB, a enfermeira pode valorizar aspectos inerentes a sua formação, garantir autonomia às decisões tomadas e tornar-se a protagonista da assistência, uma vez que não se limita à simples execução de ordens de outros profissionais (TRUPPEL et al., 2008).

O conceito de NHB utilizado por Wanda de Aguiar Horta teve influência sobre várias gerações de enfermeiras brasileiras e, acredita-se que, ainda hoje é o mais utilizado no ensino e na efetivação da prática de Enfermagem (OLIVEIRA, 2012; SANTOS; SANTOS, 2011).

Ao propor o PE embasado na NHB, Wanda de Aguiar Horta influenciou de forma marcante o ensino e a assistência de enfermagem no Brasil, abrindo caminhos para uma prática profissional mais reflexiva (LUCENA; BARREIRA, 2011).

Concebe-se, portanto, que a utilização da NHB sustenta os enfermeiros na definição de seus papéis, na aproximação da realidade e adequação e qualidade do desempenho profissional, bem como na produção de conhecimento e de uma linguagem própria (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

2.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

O processo de diagnosticar na profissão Enfermagem deu-se a partir do começo do século XIX, quando Florence Nightingale e um grupo de enfermeiras voluntárias, durante a Guerra da Criméia, obtiveram êxito em diminuir a taxa de mortalidade nos hospitais militares por meio da realização de algumas atividades importantes como a observação, coleta de informações, diagnóstico das necessidades dos soldados e execução de ações diferenciadas aos feridos da guerra (AVENA; PEDREIRA; GUTIÉRREZ, 2014).

Ainda de acordo as autoras acima, o uso do DE na assistência proporciona uma base sistemática para escolha das intervenções de Enfermagem que possibilitem o alcance dos resultados pelos quais a enfermeira é responsável.

O DE tem sido descrito como uma forma de revelar as necessidades de cuidados identificadas nos clientes, sendo possível a aplicação de intervenções de Enfermagem. Favorece a uniformização da linguagem entre enfermeiras e contribui para o crescimento do conhecimento na profissão (BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014).

As autoras acima citadas evidenciam que os DE são interpretações científicas das informações coletadas, usados para nortear o planejamento, a implementação e a avaliação das ações de Enfermagem e, sua utilização possibilita à enfermeira maior visibilidade.

O DE, como já mencionado, é a segunda etapa do PE e, de acordo com Tannure e Pinheiro (2013), depende das informações coletadas por meio do histórico de Enfermagem e da percepção e capacidade de interpretação da enfermeira para fazer a análise, o julgamento e a síntese dos dados coletados.

Os DE são necessários na estruturação do conhecimento da equipe de Enfermagem, pois direcionam a necessidade de cuidados do indivíduo e, é a referência para que ações planejadas sejam executadas (SILVA et al., 2013). Além disso, estabelecem um padrão de linguagem para a profissão e juntamente com o PE, mostram a variedade, a complexidade e a cientificidade do cuidar (GUEDES et al., 2010).

Dessa forma, entende-se que os DE representam indispensável ferramenta que permite à Enfermagem o reconhecimento da realidade por meio da identificação

dos riscos e das necessidades de saúde do cliente, viabilizando o planejamento e a assistência de forma individualizada em todos os níveis de atenção à saúde (RODRIGUES; CAVALCANTI; SILVA, 2013).

A promoção qualificada da assistência de Enfermagem, por meio da identificação dos DE, envolve toda a equipe profissional, que deve empenhar-se com o objetivo de atender às necessidades do cliente, possibilitando a implementação de intervenções sistematizadas e contribuindo para execução do cuidado por excelência (SILVA et al., 2013).

2.4.1 Diagnóstico de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association

A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) é uma das classificações diagnósticas que surgiram da necessidade das enfermeiras nominarem a sua prática utilizando uma linguagem comum essencial e, segundo o Conselho Internacional de Enfermeiras (2000) a uniformização da linguagem é um processo importante para que uma área do conhecimento seja aceita como ciência.

A padronização da linguagem de problemas e tratamentos de Enfermagem tem sido desenvolvida para esclarecer e comunicar algumas regras essenciais na implementação dos cuidados, dessa forma, destaca-se que o PE é o principal recurso que as enfermeiras possuem para registrar o seu trabalho, avaliar a qualidade de suas atividades, dar visibilidade, aplicar e evidenciar seu conhecimento na assistência ao cliente, bem como consolidar sua prática profissional (BULECHEK; DOCHTERMAN; BUTCHER, 2011; SALGADO et al., 2012).

O uso de linguagens padronizadas de Enfermagem e a viabilização de um sistema de registros organizado no prontuário do cliente, sobre o cuidado prestado, facilita a sistematização do processo de assistir e a evolução dessa ciência. Apesar de a equipe de Enfermagem ser a categoria profissional mais numerosa do sistema de saúde, suas ações perdem a visibilidade sem o registro e uso de uma linguagem adequada que seja comum entre a classe (FARIA; SILVA, 2014).

Conforme a North American Nursing Diagnosis Association (2013, p. 139), o DE é definido como:

Julgamento clínico das experiências/respostas de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a problemas de saúde/ processos vitais reais ou potenciais e oferece a base para a escolha das intervenções de Enfermagem de modo a alcançar os resultados que são responsabilidade do enfermeiro.

O enunciado diagnóstico proposto pela North American Nursing Diagnosis Association (2013) deve conter o nome ou título do diagnóstico, suas características definidoras (CD) e os fatores relacionados. São classificados em diagnóstico real, de risco e de promoção da saúde.

As CD estão presentes apenas quando o DE é real, uma vez que são as manifestações clínicas, ou seja, os “sinais e sintomas” que comprovam a ocorrência do DE. Os fatores relacionados são a etiologia ou a causa do DE real.

Para o DE de risco não existem CD, ou seja, os “sinais e sintomas”, mas apenas os fatores relacionados que, neste caso, são denominados de fatores de risco (FR) (QUADRO 1).

QUADRO 1 - Definição do diagnóstico de Enfermagem real, de promoção da saúde e de risco de acordo com a Classificação NANDA 2013

Diagnóstico de Enfermagem Real	Diagnóstico de Enfermagem de Promoção da Saúde	Diagnóstico de Enfermagem de Risco
– Descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que existem em um indivíduo, família, grupo ou comunidade. São por vezes chamados de “diagnósticos problemas”.	– Julgamento clínico da motivação e do desejo de um indivíduo, família, grupo ou comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana conforme manifestado em sua disposição, para melhorar comportamentos específicos de saúde.	– Julgamento clínico sobre experiências/respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que têm elevada probabilidade de ocorrer em um indivíduo, família, grupo ou comunidade vulnerável.

Fonte: adaptado de North American Nursing Diagnosis Association (2013, p. 588).

2.5 ALOJAMENTO CONJUNTO

Historicamente o nascimento ocorria no ambiente domiciliar onde era possível à parturiente compartilhar esse momento com a família. Todavia, a evolução econômica e social, aliada ao crescimento técnico-científico na área materno-infantil, transferiu este evento para os hospitais. A institucionalização da assistência ao parto acarretou mudanças no atendimento à mulher, ao RN e à família (YURI; TRONCHIN, 2010).

O sistema de AC surgiu a partir da necessidade de se criar melhores condições a um relacionamento favorável entre a puérpera e o RN, desde os primeiros momentos após o parto (PIVATTO; GONÇALVES, 2013).

No Brasil, o AC iniciou-se a partir da década de 1990, mudando a prática da equipe de saúde que passou a assistir a mãe e o RN simultaneamente no mesmo ambiente. Esta mudança passou a exigir da equipe de Enfermagem novos conhecimentos capazes de nortear a assistência, não só quanto aos aspectos biológicos, como também quanto aos aspectos emocionais da puérpera, do RN e dos familiares (YURI; TRONCHIN, 2010).

De acordo com a Portaria n. 1.016, de 26 de agosto de 1993, do Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, o AC é um sistema hospitalar em que o RN sadio permanece ao lado da mãe logo após o nascimento, 24 horas por dia, até a alta hospitalar (BRASIL, 1993).

Este tipo de permanência contínua favorece com que os pais recebam orientações quanto aos cuidados com o RN, esclarecimentos e incentivo a amamentação, fortalecimento do vínculo entre os familiares, bem como contribui para redução dos índices de infecção hospitalar (SOARES; GAIDZINSKI; CIRICO, 2010).

Segundo Pilotto, Vargens e Progiante (2009) as maternidades brasileiras tem sido escolhidas como espaço para abrigar o nascimento e o AC caracteriza-se por manter o RN saudável junto à mãe 24 horas por dia, desde o nascimento até a alta.

As referidas autoras denotam que, ao nascer, os neonatos passam por uma série de adaptações orgânicas, assumindo o controle das suas funções vitais e,

neste processo, a permanência com a mãe favorece a intensa relação afetiva e social com a figura materna.

O AC favorece os cuidados da mulher para consigo mesma, para com o RN e, contribui para participação, integração e formação de vínculo emocional com o pai e a família, possibilitando ainda à equipe de Enfermagem orientar à puérpera por meio de demonstrações práticas sobre higiene, nutrição e cuidados com o RN (ZENKNER et al., 2013).

Esse sistema integrado de internação tem como algumas de suas finalidades contribuir para a humanização da assistência, redução do tempo de internação, do número de reinternações e da incidência de infecções hospitalares cruzadas. É preciso criar espaço para que as mães relatem livremente suas dúvidas, apreensões e angústias sobre seus filhos, bem como, ansiedades e dificuldades no aprendizado do cuidar (MATOZINHOS; ALBUQUERQUE; CAETANO, 2011).

Reforçam ainda as autoras acima, que o AC tem como objetivos específicos uma interação íntima entre mãe e RN, o que contribui para estabelecer um relacionamento afetivo favorável entre os dois desde o nascimento, educar a mãe e o pai quanto aos cuidados com o RN, favorecer habilidades e proporcionar segurança emocional, incentivar o aleitamento materno e oportunizar a equipe de saúde momentos de observação sobre o comportamento do trinômio mãe, filho e família como espaço para educação em saúde.

É importante frisar que o AC não tem como finalidade sobrecarregar as puérperas nos aspectos físico e emocional, mas sim orientá-las a realizar o autocuidado e a cuidar do seu RN sem o olhar de obrigatoriedade, conforme evidenciam Faria, Magalhães e Zerbetto (2010). Dessa forma, afirmam estas autoras, a enfermeira deve auxiliar as puérperas no aspecto educacional sobre saúde, promovendo atitudes acolhedoras e habilidades comunicativas, para que as mesmas adquiram confiança e tranquilidade ao desempenharem o papel de mãe.

As enfermeiras que atuam em unidades de AC são as que mais têm contato com as mães e seus filhos durante a hospitalização, responsabilizando-se pela assistência de ambos até o momento da alta; portanto, são também aquelas que maior oportunidade tem para realizar uma assistência sistematizada, pautada na promoção e educação em saúde com o objetivo de que os cuidados prestados no

hospital sejam realizados no domicílio após a alta (CARMONA et al., 2012; FREITAS et al., 2011).

Para Nery, Santos e Sampaio (2013) a puérpera e seu RN devem ter prioridade na assistência de Enfermagem, de forma a suprir às necessidades da mãe e do filho.

Abrão, Gutiérrez e Marin (1997) reforçam a importância de se desenvolver uma atenção de enfermagem, não somente voltada às mães, mas ao trinômio mãe-pai-filho.

Dessa forma, é importante e necessário que toda a equipe de profissionais atuante com o trinômio mãe-bebê-família esteja preparada para orientar e esclarecer dúvidas que surgirem nesse processo, por meio de um cuidado humano focado no RN e em sua família (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as características da população de puérperas e recém-nascidos assistida no alojamento conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) e os seus diagnósticos de enfermagem.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Delinear as características sociodemográficas da puérpera.

Verificar os aspectos do RN quanto ao sexo, peso ao nascer e idade gestacional.

Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes de acordo com a Classificação NANDA 2013.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal e descritivo.

Para Lakatos e Marconi (2009) em um estudo descritivo transversal são realizadas observações e descrição das manifestações sobre um fenômeno.

Para Polit e Beck (2011) um estudo transversal é caracterizado quando os dados são coletados num determinado momento no tempo ou em vários momentos em um período curto de tempo.

O estudo transversal produz informações acerca da frequência tanto de uma doença na população e dos fatores relacionados em determinado tempo como também podem encontrar associações que possibilitam cálculo de prevalências (ROUQUAYROL; GURGEL, 2012).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no AC da Maternidade do HUMAP, que é um hospital com gestão municipal e esfera administrativa federal, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde e possui 267 leitos.

Essa unidade, de acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde, conta com 20 leitos para atendimento de obstetrícia; sendo oito leitos para assistência clínica e 12 leitos para assistência cirúrgica (BRASIL, 2014). A equipe de Enfermagem é composta por 14 profissionais, sendo duas enfermeiras, duas técnicas e dez auxiliares.

A Maternidade do HUMAP compõe a rede estadual de urgência e emergência no atendimento hospitalar especializado à gestação de alto risco, sendo referência municipal e estadual.

Sua clientela é oriunda de demanda espontânea e referenciada do Sistema Único de Saúde, constituída em sua maioria por mães adolescentes, RN prematuros e gestantes de alto risco.

A gestação de alto risco é “[...] aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada [...]” (CALDEYRO-BARCIA, 1973 apud BRASIL, 2010, p. 13).

Na instituição estudada, desde 2007, são desenvolvidas ações direcionadas à implantação da SAE pela Direção de Enfermagem. A classificação diagnóstica utilizada com a clientela atendida é a Classificação NANDA 2013 (HILDEBRAND; SOUZA, 2011).

As mesmas autoras afirmam que, em 2010, a Comissão de Implantação da SAE foi reestruturada e iniciou a construção de um catálogo com os principais DE e intervenções a serem padronizados pelo grupo de enfermeiras do HUMAP. No início de 2011 a SAE foi implantada, como projeto piloto, na Unidade Coronariana, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e nas Enfermarias de Clínica Médica, de Doenças Infecto Parasitárias e de Pediatria.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por 238 puérperas e seus 239 RN (um caso de gemelaridade) que estavam internados na referida instituição no período de coleta de dados, de 25 de julho a 31 de outubro de 2013. Destas, 101 puérperas e 102 RN atenderam aos critérios de inclusão e apenas uma puérpera recusou-se a participar da pesquisa. A amostra foi selecionada por conveniência.

A amostragem por conveniência envolve o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes (POLIT; BECK, 2011).

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas puérperas com idade igual ou superior a 18 anos, até o terceiro dia de pós operatório e/ou quarto dia de vida do RN, independente do tipo de parto e diagnóstico médico e, RN em qualquer idade gestacional sem diagnóstico médico de doenças que os impedissem de permanecer ao lado da mãe no AC e que, consequentemente, estivessem exclusivamente em AC na companhia da mãe.

Foram excluídos os RN indígenas, quilombolas e com diagnóstico médico de doenças, bem como puérperas indígenas, quilombolas e aquelas privadas de liberdade.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista e exame físico, no período de 25 de julho a 31 de outubro de 2013. A consulta aos prontuários foi realizada para completar algumas informações necessárias.

4.4.1 Teste Piloto

Antecedendo a coleta de dados foi realizado, na maternidade estudada no mês de julho de 2013, um teste piloto com 18 puérperas e seus RN para eliminar vieses e adequar o instrumento aos objetivos do estudo e aos sujeitos da pesquisa.

Durante a realização do mesmo, observou-se que a maioria dos procedimentos realizados com a puérpera e o RN como banho, colheita de material para exames laboratoriais e avaliações eram realizados pelos profissionais de saúde no período matutino, frente a isto, optou-se por realizar a coleta de dados no período vespertino.

Ainda nesta etapa, constatou-se não ser possível coletar dados das puérperas em pós-parto imediato, visto que, tanto as puérperas submetidas a parto normal ou cesáreo e, principalmente estas, apresentavam incapacidade de

responder às perguntas com tranquilidade, seja por ainda apresentarem-se sedadas, sonolentas, ou por estarem com queixas álgicas, de desconforto e de cansaço físico.

Durante o pós-parto imediato a maioria das puérperas abordadas não havia prestado os primeiros cuidados ao RN ou iniciado o processo de amamentação por algum motivo, como por exemplo, a falta de exames pré-natais, impossibilitando-as de responderem a algumas perguntas que compunham o histórico de Enfermagem.

Dessa forma, optou-se por realizar a coleta de dados a partir do primeiro dia até o terceiro dia de pós-parto, estabelecendo-se assim uma uniformidade das informações coletadas.

As dezoito puérperas entrevistadas durante a realização do teste piloto, assim como os seus RN, foram incluídas na pesquisa considerando que as informações coletadas atendiam aos critérios estabelecidos na metodologia.

4.4.2 Aplicação do instrumento de coleta de dados

Os históricos de Enfermagem utilizados à puérpera e ao RN foram previamente elaborados e testados por Gerk, Freitas e Nunes (2010), constituíram o instrumento de coleta de dados (ANEXO A). Os mesmos encontram-se embasados na Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.

A coleta dos dados ocorreu em um único encontro com a puérpera e seu RN. A aplicação do histórico de Enfermagem (composto pela entrevista e o exame físico) foi realizada pela pesquisadora na enfermaria em que estavam internados a puérpera e o RN; utilizou-se biombo para resguardar a privacidade e individualidade da puérpera. Essa etapa aconteceu em um momento em que a mesma referia sentir-se bem e em condições clínicas e emocionais para responder às perguntas.

Os dados coletados no histórico de Enfermagem subsidiaram a elaboração dos DE, a saber:

Relacionadas à puérpera: idade, número de filhos vivos, situação conjugal (com ou sem companheiro), escolaridade (em anos de estudo), atividades laborais (se trabalha, carga horária, se tem vínculo empregatício com registro em carteira)

necessidades psicoespirituais (religião, praticante ou não), necessidades psicossociais (se pratica atividades de lazer), condições de moradia (casa própria, alugada ou cedida), sexualidade, necessidades psicobiológicas (horas de sono, hábitos alimentares, ingesta hídrica, eliminações), antecedentes obstétricos (número de gestações, tipos de parto, filhos vivos), dados da gravidez atual: idade gestacional (em semanas de gestação), pré-natal (se realizou ou não, número de consultas), tipo de parto (normal ou cesáreo, necessidade de episiotomia/episiorrafia) e do exame físico (ausculta cardíaca e pulmonar, palpação, percussão, avaliação das mamas, presença de colostro, fissuras mamilares, aspecto da ferida cirúrgica ou episiotomia, edema de membros inferiores, risco para trombose).

Relacionadas ao RN: sexo (masculino ou feminino), peso ao nascer (em gramas), idade gestacional (em semanas), escore de Apgar, sono e repouso (quantas horas de sono, se calmo ou agitado), necessidades psicobiológicas: oxigenação (corado ou cianótico), nutrição (se suga bem ou tem dificuldades para mamar), hidratação, (turgor da pele, hidratado/desidratado), cuidado corporal (banho, curativo do coto umbilical), integridade física, regulação neurológica (presença de reflexos), eliminações (frequência e aspecto).

Para elaboração dos DE foi utilizada a Classificação NANDA 2013.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.5.1 Variáveis relacionadas à puérpera

Para a caracterização sociodemográficas da puérpera foram utilizadas as seguintes variáveis, sendo as quatro primeiras definidas de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013):

- a) Número de filhos vivos: número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher, por faixa etária específica do período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado;

- b) Escolaridade em anos de estudo: refere-se ao período estabelecido em função da série e do grau mais elevado alcançado pela pessoa, considerando a última série concluída com aprovação;
- c) Renda mensal: refere-se à soma do rendimento mensal de trabalho com o rendimento proveniente de outras fontes, classificado em menor que um, de uma três e de quatro a seis, conforme salário mínimo vigente no período da coleta de dados (R\$ 678,00);
- d) Situação laboral: categorizado em empregada e desempregada. Refere-se ao exercício de ocupação remunerada em dinheiro, produtos, mercadorias ou em benefícios, como moradia, alimentação, roupas etc., na produção de bens e serviços, exercida durante pelo menos uma hora na semana;
- e) Idade: refere-se à idade em anos completos;
- f) Situação conjugal: refere-se a existência ou não de companheiro, independente do estado civil;
- g) Profissão/ocupação: refere-se à atividade econômica ou ocupação desempenhada pela puérpera;
- h) Tipo de moradia: refere-se ao material utilizado para construção da casa, se de alvenaria ou de madeira;
- i) Condições de moradia: refere-se à casa própria, alugada ou cedida;
- j) Destino da água: refere-se ao destino da água usada no domicílio, se em fossa séptica, esgoto ou desprezada a céu aberto.

4.5.2 Variáveis relacionadas ao recém-nascido

Para a caracterização das variáveis relacionadas ao recém-nascido, temos:

- a) Sexo: refere-se ao sexo feminino e masculino;
- b) Peso ao nascer considerado o peso na primeira hora de vida, neste estudo classificado como baixo peso menor que 2.500 g e peso normal igual ou maior que 2.500 g (BRASIL, 2011);

- c) Idade gestacional: refere-se à duração média normal da gestação em semanas (BRASIL, 2010). Considerando-se o primeiro dia do ciclo menstrual e a duração da gestação, os RN são classificados como pré-termo: menor que 36 semanas e 6 dias, termo inicial: entre 37 semanas e 38 semanas e 6 dias, termo completo: entre 39 semanas e 40 semanas e 6 dias, termo tardio: entre 41 semanas e 41 semanas e 6 dias, pós termo: a partir de 42 semanas (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2013).

4.5.3 Diagnósticos de enfermagem

De acordo com a North American Nursing Diagnosis Association (2013, p. 139), o DE é definido como:

Julgamento clínico das experiências/respostas de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais e oferece a base para a escolha das intervenções de Enfermagem de modo a alcançar os resultados que são responsabilidade do enfermeiro.

Para as CD, FR e fatores relacionados, foram utilizados além daqueles definidos pela Classificação NANDA 2013, os que foram detectados pela pesquisadora de acordo com o uso do pensamento clínico embasado na literatura específica da área de ginecologia e obstetrícia, conforme sugerido por Tannure e Pinheiro (2013).

4.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados obtidos foram agrupados e relacionados segundo o objetivo desta pesquisa. Foram categorizados em bancos de informações no *software* Microsoft Office Excel® 2010. As informações de caracterização da puérpera e RN foram submetidas à análise estatística simples (frequência e percentual).

Foram selecionados os DE mais frequentes, a apresentação dos mesmos foi feita por meio de tabelas em análise estatística simples, procurando-se agrupar dados em categorias semelhantes.

Levando-se em consideração a proposta do presente estudo, foram detalhados e considerados, para discussão, os DE, FR e fatores relacionados cuja frequência foi igual ou maior a 50% entre as puérperas e RN, conforme pesquisa desenvolvida por Silva (2012).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A realização da pesquisa foi autorizada pela instituição e assinado o *Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Prontuários em Projeto de Pesquisa*, para consulta aos prontuários das puérperas e RN (ANEXO B).

Por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as puérperas foram informadas, quanto ao objetivo deste estudo, do seu caráter sigiloso, e que se decidissem não participar da pesquisa não sofreriam prejuízos na assistência que lhes estava sendo prestada no momento, bem como ao seu RN, durante o período de internação na instituição (APÊNDICE).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e aprovado em 26 de março de 2013, sob Parecer n. 248.935 (ANEXO C).

5 RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 101 (42,43%) das 238 puérperas e 102 (42,67%) dos 239 RN internados na Maternidade do HUMAP, no período em que os dados foram coletados, 25 de julho a 31 de outubro de 2013.

As puérperas que não atenderam aos critérios de inclusão totalizaram 137 (56,56%). Este número justifica-se, pois a instituição estudada é referência para gestação de alto risco com elevado índice de morbidades.

TABELA 1 - Caracterização sociodemográfica das puérperas assistidas no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=101)

Variáveis	n	%
Idade (anos):		
18 a 19	26	25,4
20 a 24	30	29,7
25 a 29	23	22,7
30 a 34	13	12,8
Maior que 35	9	8,9
Situação conjugal:		
Com companheiro	86	85,1
Sem companheiro	15	13,8
Escolaridade (anos de estudo):		
1 a 4	2	1,9
5 a 9	32	31,6
10 a 13	57	56,4
14 a 16	8	7,9
> que 16	2	1,9
Situação laboral:		
Desempregada	74	73,2
Empregada	27	26,7
Profissão/ocupação:		
Do lar	58	57,4
Auxiliar Administrativo	10	9,9
Vendedora	14	13,8
Estudante	8	7,9
Serviços Gerais	5	4,9
Outras*	6	5,9
Renda Familiar (em salários mínimos):		
< 1	3	2,9
1 a 3	87	86,1
4 a 6	11	10,8
Tipo de moradia:		
Alvenaria	98	97
Madeira	3	2,9
Condições de moradia:		
Própria	42	41,5
Alugada	39	38,6
Cedida	19	18,8
Destino da água:		
Fossa séptica	60	59,4
Rede de esgoto	40	39,6
A céu aberto	1	0,9

*Professora, autônoma, refiladora, assistente social, técnica de Enfermagem, costureira.

Fonte: Simone Sousa Oliveira Fonseca, 2013.

Observa-se na Tabela 1 que das 101 puérperas 79 (78,2%) encontravam-se na faixa etária entre 18 e 29 anos, 86 (85,1%) viviam com o companheiro e 57 (56,4%) estudaram de 10 a 13 anos. Quanto à situação laboral, 74 (73,2%) puérperas estavam desempregadas, 58 (57,4%) desenvolviam atividades do lar e, a renda familiar para 87 (86,1%) delas variou entre um a três salários mínimos.

De acordo com o tipo, condições de moradia e destino da água, 98 (97%) puérperas moram em casa de alvenaria, 42 (41%) delas moram em casa própria e, 60 (59,4%) tem como destino da água a fossa séptica.

TABELA 2 - Caracterização quanto ao sexo, idade gestacional e peso ao nascer dos recém-nascidos assistidos no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=102)

Variáveis	n	%
Sexo:		
Feminino	60	59,4
Masculino	42	41,5
Idade gestacional:		
Pré-termo	8	7,8
Termo inicial	32	31,3
Termo completo	58	57,4
Termo tardio	6	5,8
Pós termo:	1	0,9
Peso ao nascer (em gramas):		
≤ 2.499	4	3,9
≥ 2.500	98	97

Fonte: Simone Sousa Oliveira Fonseca, 2013.

Conforme Tabela 2, dos 102 RN estudados, 60 (59,4%) eram do sexo feminino, 58 (57,4%) foram classificados como termo completo e 98 (97%) possuíam peso igual ou maior que 2.500 g.

TABELA 3 - Diagnósticos de Enfermagem das puérperas assistidas no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=101)

Diagnósticos de Enfermagem*	n	%
Risco de infecção	96	95,0
Integridade tissular prejudicada	96	95,0
Conforto prejudicado	84	83,1
Disposição para amamentação melhorada	66	65,3
Amamentação ineficaz	35	34,3
Conhecimento deficiente	32	31,6
Processo de criação de filhos ineficaz	32	31,6
Risco para maternidade prejudicada	25	24,7
Processos familiares disfuncionais	23	22,7
Constipação	19	18,8
Dor aguda	18	17,8
Padrão de sono prejudicado	16	15,8
Risco de baixa autoestima situacional	16	15,8
Risco de vínculo prejudicado	12	12,9
Conflito no papel de mãe	11	10,8
Risco para processo de criação de filhos ineficaz	10	9,9
Leite materno insuficiente	9	8,8
Nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais	9	8,8
Risco de binômio mãe-feto perturbado	8	7,8
Risco de religiosidade prejudicada	8	7,8
Amamentação interrompida	4	3,9
Risco de glicemia Instável	4	3,9
Integridade da pele prejudicada	3	2,9

*Mais de um diagnóstico por puérpera.

Fonte: Simone Sousa Oliveira Fonseca, 2013.

Dentre os 23 DE identificados entre as puérperas aqueles que apresentaram frequência igual ou superior a 50%, conforme com a Tabela 3, foram **Risco para infecção** e **Integridade tissular prejudicada** presentes em 96 (95,0%) puérperas, conforto prejudicado em 84 (83,1%) e disposição para amamentação melhorada em 66 (65,3%) delas.

TABELA 4 - Fatores de risco para o diagnóstico de Enfermagem – Risco de Infecção –, identificado entre as puérperas assistidas no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=96)

Fatores de risco	n	%
Exposição ambiental a patógenos aumentada	96	100,0
Procedimentos invasivos	96	100,0
Pele rompida (incisão cirúrgica cesariana, episiotomia/episiiorrafia)	84	87,5
Conhecimento deficiente para evitar exposição a patógenos	32	33,3
Ruptura das membranas amnióticas	12	12,5

*Mais de um fator de risco por puérpera.

Fonte: Simone Sousa Oliveira Fonseca, 2013.

TABELA 5 - Características definidoras e fatores relacionados para o diagnóstico de Enfermagem – Integridade Tissular Prejudicada –, identificado entre as puérperas assistidas no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=96)

Características definidoras e fatores relacionados	n	%
Características definidoras:		
Tecido subcutâneo lesado	96	100,0
Fatores relacionados:		
Procedimentos invasivos	83	86,4
Incisão cirúrgica (cesariana)	63	65,6
Episiotomia/episiiorrafia	21	21,8
Laceração perineal	4	4,1

*Mais de um diagnóstico por puérpera.

Fonte: Simone Sousa Oliveira Fonseca, 2013.

Analisando a Tabela 4, nota-se que, para o DE **Risco de infecção** foi identificado em 96 (100%) puérperas os FR “exposição ambiental a patógenos aumentada” e “procedimentos invasivos”, seguido por “pele rompida” devido a procedimentos cirúrgicos em 84 (87,5%) dos casos.

Conforme Tabela 5, para o DE **Integridade tissular prejudicada**, encontrado em 96 (95%) puérperas, foi identificado como CD “tecido subcutâneo lesado” em 96 (100%) das puérperas. Como fatores relacionados, os “procedimentos invasivos” 83 (86,4%) e a “incisão cirúrgica cesariana” 63 (65,6%) foram os mais incidentes.

TABELA 6 - Características definidoras e fatores relacionados para o diagnóstico de Enfermagem – Conforto Prejudicado –, identificado entre as puérperas assistidas no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=84)

Características definidoras e fatores relacionados	n	%
Características definidoras*:		
Relato de falta de satisfação com a situação	45	53,7
Relato de sentir-se desconfortável	28	33,3
Incapacidade de relaxar	15	17,8
Fatores relacionados:		
Episiotomia/episiorrafia	21	20,5
Falta de privacidade	10	11,9
Mamas ingurgitadas	10	11,9

*Mais de uma característica definidora e fator de relacionado por puérpera.

Fonte: Simone Sousa Oliveira Fonseca, 2013.

TABELA 7 - Características definidoras e fatores relacionados para o Diagnóstico de Enfermagem – Disposição para Amamentação Melhorada –, identificado entre puérperas assistidas no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=66)

Características definidoras e fatores relacionados	n	%
Características definidoras*:		
A mãe é capaz de posicionar o RN no peito para promover uma pega bem sucedida	53	51,9
Criança está satisfeita após mamada	42	41,1
Fatores relacionados:		
Estrutura mamária normal	49	48,5
Confiança materna	17	16,8

*Mais de uma característica definidora e fator de relacionado por puérpera

Fonte: Simone Sousa Oliveira Fonseca, 2013.

Conforme Tabela 6, para o DE **Conforto prejudicado** encontrado em 84 (83,1%) puérperas, sendo identificado como CD “relato de falta de satisfação com a situação” em 45 (53,7%) das puérperas. Como fator relacionado, foi elencado “episiotomia /episiorrafia” em 21 (25%).

Na Tabela 7, entre as CD e fatores relacionados para o DE **Disposição para amamentação melhorada** foi elencado como CD: “A mãe é capaz de posicionar o RN no peito para promover uma pega bem sucedida” em 40 (39,6%) puérperas, e como fator relacionado: “estrutura mamária normal” em 49 (48,5%) puérperas.

TABELA 8 - Diagnósticos de Enfermagem dos recém-nascidos assistidos no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=102)

Diagnósticos de Enfermagem	n	%
Risco de infecção	102	100,0
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	102	100,0
Disposição para amamentação melhorada	66	61,7
Risco de icterícia neonatal	41	40,1
Amamentação ineficaz	36	35,6
Risco de vínculo prejudicado	15	14,7
Risco de integridade da pele prejudicada	10	9,8
Risco de glicemia instável	4	3,9
Amamentação interrompida	4	3,9
Risco de constipação	2	1,9

*Mais de um diagnóstico por RN.

Fonte: Simone Sousa Oliveira Fonseca, 2013.

TABELA 9 - Fatores de risco para o Diagnóstico de Enfermagem – Risco de Infecção –, identificado entre os recém-nascidos assistidos no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=102)

Fatores de risco*	n	%
Defesa primária inadequada (coto umbilical)	102	100,0
Exposição ambiental a patógenos aumentada	102	100,0
Ruptura prolongada das membranas amnióticas	18	17,6
Ruptura prematura das membranas amnióticas	6	5,8

*Mais de um fator de risco por RN.

Fonte: Simone Sousa Oliveira Fonseca, 2013.

Dentre os dez DE identificados entre os RN os mais frequentes, conforme Tabela 8, foram **Risco para infecção** e **Risco para desequilíbrio na temperatura corporal** presentes nos 102 RN (100%) e **Disposição para amamentação melhorada** em 66 (61,7%) neonatos.

Relacionado à Tabela 9, para o DE **Risco de infecção** foram encontrados na mesma frequência, como FR: “defesa primária inadequada (coto umbilical)” e “exposição ambiental a patógenos aumentada” em 102 (100%) dos RN. Os demais FR encontrados não apresentaram relevância.

TABELA 10 - Fatores de risco para o Diagnóstico de Enfermagem – Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal –, identificado entre os recém-nascidos assistidos no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=102)

Fatores de risco*	n	%
Extremos de idade (recém-nascidos)	102	100,0
Roupas inadequadas para a temperatura ambiente	10	9,9

*Mais de um fator de risco por RN.

Fonte: Simone Sousa Oliveira Fonseca, 2013.

TABELA 11 - Características definidoras e fatores relacionados para o Diagnóstico de Enfermagem – Disposição para Amamentação Melhorada –, identificado entre os recém-nascidos assistidos no alojamento conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, MS, 2014; (n=66)

Características definidoras e fatores relacionados	n	%
Características definidoras*:		
RN está satisfeito após a mamada	49	48,5
Sucção contínua no peito	42	41,6
Deglutição contínua no peito	42	41,6
Fatores relacionados:		
Estrutura oral da criança normal	66	65,8
Capacidade do RN realizar uma pega adequada	66	65,8

*Mais de uma característica definidora e fator de relacionado por RN.

Fonte: Simone Sousa Oliveira Fonseca, 2013.

De acordo com a Tabela 10, para o DE **Risco de desequilíbrio na temperatura corporal** foi encontrado como FR: “extremos de idade” em 102 (100%) dos RN.

De acordo com a Tabela 11, entre as CD e fatores relacionados para o DE **Disposição para amamentação melhorada** foi elencado como CD: “RN está satisfeito após mamada” em 49 (48,5%), e como fatores relacionados: “estrutura oral da criança normal” em 66 (65,8%) e com mesma frequência: “capacidade do RN realizar uma pega adequada” em 66 (65,8%) RN.

6 DISCUSSÃO

Identificou-se que a maioria das puérperas é predominantemente jovem, estando entre 18 e 29 anos, consideradas pertencentes ao grupo de menor risco obstétrico. Conforme afirmam Lima e Sampaio (2004), do ponto de vista reprodutivo, esta faixa etária é considerada excelente, pois o menor risco perinatal é observado quando a idade materna está compreendida entre 20 e 30 anos. Dados semelhantes foram encontrados em estudos que mostraram maior percentual de mulheres que tiveram seus filhos na faixa etária entre 20 e 29 anos (LEITE et al., 2013; LIMA; SAMPAIO, 2004; MINASI et al., 2013; PEREIRA; ARAÚJO et al., 2012; PEREIRA; AZEVEDO et al., 2012; PELAI et al., 2013).

Relativo à situação conjugal, houve uma prevalência de puérperas que vivem com companheiro; esta realidade reafirma-se nos estudos, cronologicamente apresentados, de Terças e Gerk (2006), Gerk et al. (2006), Arcanjo et al. (2006), Primo, Amorin e Castro (2007), Miranda et al. (2008), Leite et al. (2009), Carvalho et al. (2009), Gomes et al. (2010), Dodt et al. (2010), Vieira et al. (2010), Vieira et al. (2011), Beretta et al. (2011), Rodrigues, Domingues e Nascimento (2011), Gonçalves et al. (2012), Coelho et al. (2012), Lemos, Raposo e Coelho (2012), Peixoto et al. (2012), Carmona et al. (2012), Pelai et al. (2013) e Leite et al. (2013).

Quanto à escolaridade, 57 (56,4%) entrevistadas declararam ter estudado de dez a 13 anos o que corresponde ao ensino médio (completo ou não), citado também nos estudos, cronologicamente apresentados, de Primo, Amorin e Castro (2007), Miranda et al. (2008), Rodrigues, Domingues e Nascimento (2011), Vieira et al. (2011), Peixoto et al. (2012), Carmona et al. (2012), Leite et al. (2013) e Pelai et al. (2013). Duas puérperas informaram ter concluído o ensino superior. Nenhuma delas declarou falta de escolaridade.

Apesar da maioria das puérperas ter estudado até o ensino médio, 32 (31,6%) estudaram de cinco a nove anos, o que pode ser considerado baixa escolaridade. Tal fato é considerado, pelo Ministério da Saúde, como um fator de risco obstétrico (BRASIL, 2010).

Outros estudos desenvolvidos por Figueiredo et al. (2004) e Marques e Melo (2008) apontam a baixa escolaridade como um fator dificultoso para amamentação.

Em relação à situação laboral, 74 (73,2%) puérperas encontravam-se desempregadas e, destas, 57 (58%) afirmaram dedicar-se aos cuidados do lar. Resultados semelhantes foram encontrados por Alves et al. (2006), Gerk et al. (2006), Miranda et al. (2008), Silva e Pelosso (2009), Peixoto et al. (2012) e Pelai et al. (2013). Tal fato, afirmam Dodt et al. (2010), reflete em uma dependência financeira em relação ao parceiro e, na redução da renda familiar. No presente estudo a renda familiar de 87 (86,1%) das puérperas era de um a três salários mínimos, renda expressa nos estudos de Arcanjo et al. (2006), Gonçalves et al. (2012), Leite et al. (2009), Rodrigues, Domingues e Nascimento (2011) e Vieira et al. (2011).

Em contrapartida, o fato de dedicar-se ao trabalho do lar favorece o aleitamento materno, considerando que a inserção da mulher no mercado de trabalho é tida como um dos motivos para o desmame precoce, tendo em vista que a licença-maternidade, geralmente, é de quatro meses, e as puérperas não recebem orientações adequadas e necessárias quanto às técnicas de ordenha e armazenamento do leite materno (PARIZOTTO; ZORZI, 2008).

Considerando as condições de moradia, ficou evidente que as puérperas residiam em moradias próprias com condições hidrossanitárias satisfatórias, ou seja, 98 delas (97%) residiam em casa de alvenaria, 42 (41,5%) em casa própria e 60 (59,4%) tinham como destino da água as fossas sépticas. Dados semelhantes foram encontrados por Gomes et al. (2010) em que 66% das puérperas moravam em casa própria, sendo que 97% destas eram de alvenaria.

Quanto ao perfil do RN, 60 (59,4%) eram do sexo feminino. Este resultado difere de outros estudos em que predominou o sexo masculino (CARNIEL; OLIVEIRA, 2013; INÁCIO et al., 2010; SILVA; PELOSSO, 2009; SILVA et al., 2013).

No Brasil nascem mais crianças do sexo masculino, cerca de 3% a mais que crianças do sexo feminino. Entretanto, com passar dos anos, o distanciamento dos serviços de saúde, os agravos relacionados as causa externas favorecem à maior prevalência de mulheres nas décadas tardias (SILVA, 2012). Em 2008, dos 2.931.731 nascidos vivos, 51,2% foram do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino, divergindo do presente estudo (BRASIL, 2011).

A idade gestacional de 58 (57,4%) RN correspondeu ao termo completo. Vieira et al. (2010) citam que a presença do companheiro favorece uma gestação

mais tranquila com maiores condições de chegar ao termo da idade gestacional, corroborando com os dados encontrados nesta pesquisa em que a maioria das puérperas informou ter um companheiro e chegou a gestação de termo. Lima e Sampaio (2004) reforçam que a ausência do companheiro é considerada fator de risco para prematuridade e baixo peso ao nascer.

Segundo Almeida et al. (2012) a presença do companheiro pode ajudar no compartilhamento das dificuldades e responsabilidades que a puérpera enfrenta nessa fase, representando um suporte para a mesma, tanto emocional como financeiro. Gomes et al. (2010) corroboram afirmando que a presença do companheiro é um fator determinante do bem-estar psicológico, considerando o apoio que a mulher necessita no período puerperal.

Marin e Piccinini (2009) afirmam ainda que o fato da maioria das mulheres conviverem com seus companheiros reflete positivamente no período pós-parto, considerando que o apoio do pai favorece o desenvolvimento da criança. Mulheres solteiras tendem a necessitar de um maior apoio da equipe de saúde, devido à sobrecarga de trabalho e dificuldades sociais, econômicas e afetivas, o que pode acarretar algum risco para o ciclo gravídico-puerperal.

Relativo ao peso de nascimento, 98 (97%) RN nasceram com peso igual ou maior que 2.500 g. Esses dados corroboram com os achados por Riesco et al. (2011) que, em seu estudo com 6.365 mulheres encontraram 90,6% dos RN com peso acima de 2.500 g. Dados semelhantes foram verificados nos estudos de Lima e Sampaio (2004), Silva e Pelosso (2008), Vieira et al. (2010), Inácio et al. (2010), Carniel e Oliveira (2013), Silva et al. (2013). O peso ao nascer é considerado, na atualidade, como melhor preditor padrão de saúde do neonato (INÁCIO et al., 2010).

Levando-se em consideração a proposta do presente estudo, serão detalhados a seguir os FR, fatores relacionados e CD encontrados na frequência de 50% ou mais dos DE apresentados na mesma frequência.

Esse critério, dando ênfase apenas aos DE com mais de 50% de frequência, visa estabelecer padrões mínimos para posterior proposta de aplicação prática no AC da Maternidade do HUMAP.

Dos 23 DE elaborados para as puérperas, oito (34,7%) eram de risco e 15 (65,3%) eram DE reais. Os DE reais são aqueles que apresentam problemas de

ordem imediata. O inverso aconteceu com os RN, dos dez DE identificados entre os RN sete (70%) eram de risco e apenas três (30%) eram reais.

Neste estudo, o modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta foi utilizado para conduzir a identificação dos DE que traduzissem as NHB afetadas durante o puerpério.

Dos diagnósticos elaborados para as puérperas, as afirmativas diagnósticas encontradas expressam os acontecimentos relativos às necessidades da mulher que vivencia a experiência do puerpério; essas afirmativas foram elaboradas conforme as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, considerando que o organismo feminino sofre alterações específicas no ciclo gravídico puerperal; no puerpério a involução dessas alterações é considerada como prioritária para a assistência de Enfermagem (SILVA; NÓBREGA; MACEDO, 2012).

O DE risco de infecção, definido pela Classificação NANDA 2013 como “risco de ser invadido por organismo patogênicos”, foi encontrado em 96 (95%) puérperas, tendo como FR exposição ambiental a patógenos aumentada, procedimentos invasivos, pele rompida (incisão cirúrgica cesariana, episiotomia, episiorrafia), conhecimento deficiente para evitar exposição a patógenos, ruptura das membranas amnióticas.

Vieira et al. (2010) relatam que, em sua pesquisa, 92,5% das puérperas apresentaram o DE risco de infecção localizada nos seguintes sítios: mamas, vagina, pele, abdome e períneo. Lemos, Raposos e Coelho (2012) também encontraram em seu estudo 80% das puérperas com o DE risco de infecção. Dados semelhantes foram encontrados por Gerk et al. (2006) e Patine e Furlan (2006), que verificaram, em seus trabalhos, respectivamente 93,5% e 98% das puérperas com o DE risco de infecção.

Patine e Furlan (2006) ressaltam ainda que o DE risco de infecção é um dos mais frequentes em clientes internados em setores hospitalares especializados.

Outros estudos, realizados em unidades hospitalares distintas, também relatam o DE risco de infecção como o mais frequente entre a população, como apontam Carvalho et al. (2008) que o identificaram num estudo com adultos (84,6%) em unidade de terapia intensiva e, Volpato e Cruz (2007) que verificaram 84,6% de pacientes adultos (58,3%) em Unidade médico-cirúrgica com o mesmo DE.

Como primeiro fator de risco encontrado em 96 (100%) puérperas que tiveram o DE risco de infecção estava a exposição ambiental a patógenos aumentada, devido ao ambiente hospitalar que expõe a puérpera aos microrganismos.

De acordo com Lemos, Raposo e Coelho (2012) um dos principais riscos no puerpério são as infecções puerperais, caracterizadas por qualquer infecção que surge no aparelho genital após o parto, especialmente nos primeiros dez dias do período puerperal. As autoras reforçam que os fatores predisponentes mais conhecidos são a falta de assepsia na técnica ou no instrumental utilizado, foco infeccioso prévio, múltiplos parceiros sexuais, trabalho de parto prolongado e retenção de restos placentários.

Levando em consideração que, no período gravídico-puerperal a mulher apresenta alterações significativas em seu organismo que a tornam suscetível a adquirir infecções, vários fatores podem estar a elas associados tais como a perda sanguínea significativa pós-parto, (especialmente se a mesma for superior a 1.000 ml), amniorrexe prematura, trabalho de parto prolongado, desnutrição ou obesidade, manipulação vaginal excessiva, traumas cirúrgicos, más condições de assepsia, parto cesariano, debilidade imunológica e retenção de restos ovulares; além do parto cesáreo aumentar o risco de infecção puerperal, o local da incisão pode infeccionar (BENINCASA et al., 2012).

O segundo fator de risco, também encontrado em 96 (100%) puérperas, foram os procedimentos invasivos e o terceiro foi pele rompida correspondendo a 84 (83,5%) casos. Os mesmos estão relacionados às punções venosas, ao cateterismo vesical e a incisão cirúrgica relativa à cesariana realizada em 63 (62,3%) mulheres da população de estudo. Dentre as 38 (37,6%) puérperas que realizaram o parto por via baixa, 21 (55,2%) foram submetidas à episiotomia e à episiorrafia.

Observa-se que apesar das recomendações do Ministério da Saúde, por meio de políticas voltadas para a diminuição dos altos índices de cesariana desnecessária, esta ainda representa um número expressivo no total de nascimentos, refletidos no presente estudo (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial da Saúde estabelece como ideal uma taxa de cesariana entre 10% e 15%; tal determinação está embasada no preceito de que apenas 15% do total de partos apresentam realmente indicação de cesariana (MENDOZA-SASSI et al., 2010).

A escolha do tipo de parto, vaginal (normal) ou cirúrgico (cesárea ou cesariana), é assunto delicado que gera polêmica. A cesariana, anteriormente vista como exceção, indicada em situações de risco de vida para a gestante ou para o feto é, na atualidade, um procedimento cirúrgico muitas vezes programado sem a identificação médica de nenhum risco definido, cuja decisão é frequentemente atribuída à gestante (MANDARINO et al., 2009).

Entretanto, o que se observa são índices universais em geral superiores, inclusive em países considerados desenvolvidos. Assim como outros países em desenvolvimento, o Brasil demonstra taxas de cesarianas mais altas que àquelas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, ultrapassando os 35% em geral e os 70%, quando se considera apenas o serviço privado (MANDARINO et al., 2009).

As taxas de cesariana estão aumentando por vários fatores. Anteriormente, as indicações eram por distócia mecânica, desproporção cefalopélvica ou má apresentação. Atualmente, considera-se como procedimento mais seguro pelo uso de medicações eficazes que evitam suas principais complicações, como a infecção puerperal, a hemorragia e as complicações anestésicas; portanto, as indicações de cesariana aumentaram também com o objetivo de reduzir a morbimortalidade perinatal (BRASIL, 2010).

Outras indicações para esse procedimento são cesáreas prévias há menos de dois anos, distócia ou falha da progressão do trabalho de parto, apresentação pélvica e sofrimento fetal, sendo que cesáreas prévias ocorrem em aproximadamente 1/3 das operações no Brasil (BENINCASA et al., 2012).

O DE Integridade tissular prejudicada definido como “dano às membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos”, esteve presente em 96 (95%) clientes do estudo, com a CD tecido subcutâneo lesado e os seguintes FR: procedimentos invasivos, incisão cirúrgica (cesariana) episiotomia/episiotomia e laceração perineal.

Silva, Nóbrega e Macedo (2012) relatam que o DE Integridade tissular prejudicada é também um dos mais identificados entre puérperas; reforçam que lesões dos tecidos vaginais e perineais, episiotomia, incisão abdominal, ingurgitamento mamário e fissuras mamilares são fatores muito frequentes associados a essas ocorrências.

Vieira et al. (2010) identificaram em seu estudo 100% das puérperas com esse DE. Foi encontrado também por Patine e Furlan (2006) em 82,6% das clientes por eles pesquisadas.

Pesquisa realizada por Riesco et al. (2011) revela que, em nosso país, anualmente 1,5 milhões de mulheres que dão a luz a seus filhos são por parto normal, e a maioria delas sofre algum tipo de trauma perineal, seja por episiotomias ou lacerações espontâneas, estando expostas à morbidade associada a estes traumas. As autoras relatam que entre as principais ocorrências estão a dor perineal e o sangramento. Em muitos desses partos, os traumas perineais por vezes são suturados sem boa visualização do local, com o risco de produzir acidentes como lesões no trato geniturinário e nas estruturas do assoalho pélvico, fator esse que agrava o risco de infecções.

Estudo realizado por Patine e Furlan (2006) elucida que no puerpério pode se desenvolver um processo infeccioso no trato genital conhecido como infecção puerperal. Ademais, isso possa acontecer em qualquer fase do puerpério, mas geralmente acontece nos dez primeiros dias após o parto. Essa infecção pode ser localizada e envolver as mamas, assim como as estruturas do canal de parto, incluindo-se os órgãos genitais femininos externos e internos (canal vaginal, útero e paramétrios).

Colacioppo et al. (2011) defendem que com a implementação de protocolos de assistência ao parto normal pautados em evidências científicas, a realização da episiotomia de rotina está sendo abandonada pelos profissionais de saúde e que, o uso restrito da episiotomia favorece a preservação da integridade perineal, entretanto, ressaltam que podem ocorrer índices maiores de lacerações perineais espontâneas.

Estudos realizados por Thacker e Banta (1983) foram fundamentais para reavaliação da realização rotineira de episiotomia; ao analisarem mais de 350 artigos e livros concluíram, já na década de 1980, não haver evidências suficientes para sua recomendação rotineira. A partir dessa publicação, inúmeros estudos de revisão sistemática, metanálise e ensaios clínicos randomizados foram realizados em diversos países, mostrando a necessidade de diminuir drasticamente essa prática (CARVALHO; SOUSA; MORAES FILHO, 2010).

O Ministério da Saúde não recomenda a episiotomia rotineira e ressalta a importância de que, como todo procedimento cirúrgico, só deveria ser realizada com o consentimento da parturiente, após a mesma ter sido informada dos riscos associados a sua execução (BRASIL, 2001).

Entretanto, Borges, Serrano e Pereira (2003) e Pereira, Azevedo et al. (2012) denotam que a episiotomia é um dos únicos procedimentos realizados sem qualquer consentimento prévio da paciente. Além do que, Carvalho, Souza e Moraes Filho (2010) alertam que, se as mesmas forem completamente informadas sobre os benefícios e riscos, é improvável que consentam com a sua realização.

No parto vaginal a ocorrência de lacerações perineais está relacionada a diversos fatores que dependem das condições maternas, do feto, do próprio parto e da episiotomia; esta última utilizada amplamente com intuito de evitar lacerações perineais, entretanto configura-se como um trauma perineal, por vezes, mais severo que as próprias lacerações espontâneas (SCARABOTTO; RIESCO, 2006).

Revisão sistemática realizada por Carroli e Belizan (2009) concluiu que a episiotomia seletiva, quando comparada à rotineira em todos os partos vaginais, obteve significativa associação com menor risco de trauma de períneo posterior, reduzida necessidade de sutura e menos complicações na cicatrização.

Descrito por Mattar, Aquino e Mesquita (2007) evidências demonstram que a realização rotineira da episiotomia não apresenta redução do risco de trauma perineal severo, não previne lesões no polo cefálico fetal e nem melhora os escores de Apgar. Além do que, favorece elevada perda sanguínea e não diminui o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto.

A única evidência real a favor do uso sistemático da episiotomia é uma redução do risco de traumatismo perineal anterior. Cumpre lembrar que este tipo de laceração normalmente causa menor sangramento, não necessita de sutura e é menos dolorosa que os traumas de períneo posterior (MATTAR; AQUINO; MESQUITA, 2007).

Estudo realizado por Borges, Serrano e Pereira (2003), relata que, entre mulheres que foram submetidas à episiotomia e as que tiveram lacerações espontâneas, houve incidência de infecção significativamente maior no grupo das que realizaram episiotomias, evidenciando que a laceração espontânea quando

ocorre é menos prejudicial aos tecidos perineais e à mulher, pois a episiotomia por si mesma já é considerada uma lesão de segundo grau.

O DE conforto prejudicado definido como “[...] falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e social [...]”, foi identificado em 84 (83,1%) puérperas que foram submetidas à cesariana e ao parto normal com episiotomia/epissiorrafia ou laceração perineal (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2013, p. 374). Gerk et al. (2006) encontraram este DE em 63% das puérperas estudadas.

A CD com maior frequência foi relato de falta de satisfação com a situação, associada à dor causada pelo procedimento e ao desconforto para sentar ou levantar; os FR mais ocorrentes foram a episiotomia e a epissiorrafia já discutidos anteriormente.

O DE disposição para amamentação melhorada, identificado em 66 (65,3%) puérperas, é definido como “Padrão de proficiência e satisfação do binômio mãe-lactente que é suficiente para apoiar o processo de aleitamento e pode ser fortalecido.” (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2013, p. 374).

Gerk et al. (2006), Inácio et al. (2011), Silva et al. (2013) e Vieira et al. (2010) encontraram o DE amamentação eficaz (como era denominado à época dos referidos estudos o diagnóstico acima descrito) em respectivamente 88%, 78,3%, 88,5% e 87,5% das puérperas. Já em estudos de Carvalho et al. (2014) e Vieira et al. (2011) os resultados foram menos expressivos, respectivamente 50% e 60%.

A CD mais expressiva em 53 (51,9%) puérperas foi a mãe é capaz de posicionar o RN no peito para promover uma pega bem sucedida e, o FR estrutura mamária normal em 49 (48,5%).

Em estudo realizado por Vieira et al. (2011), sobre DE relacionados a amamentação, foi encontrado a mesma CD em 66,6% das puérperas. O FR a esse DE refere-se à anatomia mamária: mamilos protrusos que facilitam a apreensão do RN e a efetiva sucção.

Freitas et al. (2014) citam os mamilos invertidos como um dos FR associados à dificuldade para sugar, dessa forma.

Freitas et al. (2011) reforçam que, no pré-natal é de fundamental importância a avaliação do tipo de mamilo da gestante para que seja traçado um plano de cuidados no caso de mamilos poucos adequados para a amamentação e, dessa forma, não seja um empecilho para o aleitamento materno.

Abrão, Gutiérrez e Marin (2005) enfatizam que o posicionamento e preensão incorretos podem causar problemas como esvaziamento insuficiente da mama ou estase láctea e, conseqüentemente obstrução de ductos, dificuldade de ejeção láctea e mamilos traumatizados.

Para o sucesso da promoção do aleitamento materno e redução de dificuldades ao longo do processo, conforme Carvalho et al. (2014), é preciso que a puerpera seja ensinada ainda durante o pré-natal sobre como amamentar.

Mesmo com a tendência crescente da prática do aleitamento materno difundida por meio de diversos esforços de organismos nacionais e internacionais, observa-se que dados da *II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no DF*, realizada em 2008, revelam que somente 9,3% das crianças foram amamentadas de forma satisfatória dentro do período esperado (CARVALHO et al., 2014).

Cabral et al. (2013) relatam que amamentar é uma função por excelência da mulher e, baseado com as expectativas culturais, constitui-se um momento de realização plena da feminilidade e de satisfação pessoal. As autoras reforçam que, fica sempre com a mãe, em última instância, o peso da decisão em amamentar, e essa escolha acontece dentro de um contexto sociocultural que sofre influência da cultura, crenças, tabus e pessoas do círculo social daquela família.

Em relação ao RN, destaca-se que a identificação do DE no AC possibilita um planejamento diferenciado relativo aos cuidados prestados ao mesmo. Ressalta-se que, para o AC são encaminhados os RN que apresentam menores riscos de complicações que os demais, como os prematuros ou de baixo peso ao nascer, que por vezes precisam aprender a sugar a mama, fazer antibioticoterapia ou exames diagnósticos (INÁCIO et al., 2010).

Observa-se que dos dez DE encontrados para o RN neste estudo, 70% são de risco ou potenciais, ou seja, são problemas de ordem futura, que podem ou não ocorrer.

De acordo com os resultados citados acima, destaca-se a importância da utilização do Histórico de Enfermagem, pois por meio dele foi possível, neste estudo, constatar que a maioria dos DE eram de risco. Tal fato evidencia o valor de se realizar ações direcionadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos entre os neonatos, com o propósito de evitar que esses FR se transformem em problemas reais (LEMOS; RAPOSO; COELHO, 2012).

Dentro desse grupo se enquadraram risco para infecção, risco de desequilíbrio na temperatura corporal, risco de icterícia neonatal, risco de vínculo prejudicado, risco de integridade da pele prejudicada, risco de glicemia instável, risco de constipação. Porém, serão discutidos os mais frequentes conforme a Tabela 4.

O DE risco de infecção foi encontrado em 102 (100%) RN, os FR que tiveram relevância no estudo foram: defesa primária inadequada e exposição ambiental a patógenos aumentada, ambos também identificados nos 102 (100%) RN que, por possuírem uma baixa imunidade estão mais propensos e expostos a algum tipo de infecção. Inácio et al. (2010) encontraram em seu estudo os mesmos FR em 100% dos RN estudados.

Outros FR são descritos na literatura como causadores de infecção neonatal como a corioamionite ou infecção ovular, ruptura prolongada de membranas (acima de 18 horas), infecções urinárias por estreptococos do grupo beta, trabalho de parto prematuro, prematuridade (abaixo de 37 semanas) e baixo peso ao nascer (menos de 2.500 g) (INÁCIO et al., 2010).

Além disso, deve-se considerar que os neonatos estão sujeitos à infecção devido à transição do meio estéril (útero materno) para o ambiente contaminado; há ainda a fragilidade biológica e imaturidade de diversos sistemas, em especial o imunológico (DEL' ANGELO et al., 2010).

Novamente em relação aos FR defesa primária inadequada, existe o risco de infecção pelo manuseio do coto umbilical sem a devida higienização das mãos e o uso de substâncias contraindicadas para a sua antissepsia, uma vez que se trata de uma estrutura gelatinosa, que se desidrata gradativamente após o nascimento até que esteja mumificado, prosseguindo para a queda definitiva (LINHARES et al., 2012).

O uso de substâncias nocivas e contraindicadas durante a limpeza do coto umbilical deve-se, além dos fatores físicos, aos costumes e crenças divulgadas e transmitidas na população. Tais evidências foram confirmadas por Oliveira et al. (2006), em seu estudo, ao denotarem a relação existente entre o uso de substâncias prejudiciais e os aspectos socioculturais.

Costa et al. (2013, p. 3.629) encontraram em sua pesquisa os seguintes relatos de três puérperas quanto a higiene do coto umbilical, o que denota a influência dos fatores culturais nos cuidados com o RN:

No umbigo coloquei álcool a 70% aí coloquei para sarar um pouquinho de mamona e colocava jalapa em pó, assim que aprendi (Angélica). Coloco álcool 70% (...), uso, por exemplo, no umbigo, cola de sapateiro pra colocar pra sarar bem rapidinho (Margarida). Eu coloco álcool 70%, mas coloco também folha de algodão seca que ajuda a cair o umbigo logo (Celósia).

A partir do relato acima, pode-se observar que as puérperas utilizam as informações do meio em que vivem, sem a noção dos riscos a que o RN pode estar exposto, ainda que tenham recebido informações sobre procedimentos comprovados cientificamente; essas práticas que colocam em risco a saúde do RN merecem uma intervenção imediata (COSTA et al., 2013).

Em 1997, durante o desenvolvimento das práticas docente-assistenciais na Maternidade do Núcleo do Hospital Universitário (atual HUMAP), Gerk, Freitas, Barros (2000) detectaram as dificuldades apresentadas pelas puérperas em relação ao autocuidado e aos cuidados com o RN e, atribuíram tal situação à in experiência das puérperas, a falta de informações, tabus e a curta permanência no AC. Desta forma, as autoras realizaram um projeto de extensão que objetivou, por meio de visitas domiciliares às puérperas após a alta, reforçar as orientações a elas fornecidas no AC sobre os cuidados pessoais e para com o RN.

Um dos graves problemas que acometem os RN, o tétano neonatal, pode ter sua origem em práticas oriundas do contexto cultural. Gallagher e Shah (2012) afirmam que pode ocorrer contaminação do cordão umbilical ao serem utilizados substâncias e instrumentos contendo esporos do bacilo *Clostridium tetani*, como pó de teia de aranha, pó de sola de sapato, café, fumo e esterco. Outros microrganismos presentes nestas substâncias podem causar riscos e agravos à saúde dos RN, predispondo-os a onfalites, relatam esses mesmos autores.

Onfalites são infecções superficiais da região umbilical, são benignas e comuns, mas atrasam o processo de cicatrização local; as infecções consideradas onfalites profundas são consideradas infecções graves, pois possibilitam a propagação para outros órgãos por via linfática, exigindo internação e uso de antibioticoterapia (LINHARES; SILVA, 2012).

Em face das dificuldades envolvendo mitos, crenças, diversidade cultural, a presença de pessoas leigas no contexto familiar dentre outras relacionadas aos cuidados com o coto umbilical, faz-se necessário discutir intervenções de Enfermagem visando orientar puérperas e familiares quanto à maneira adequada dos cuidados com o coto umbilical (RIBEIRO; BRANDÃO, 2011).

As autoras enfatizam a necessidade de resgatar o importante papel da enfermeira na realização de práticas educativas com mulheres no pré-natal e no puerpério imediato enfocando a maneira adequada dos cuidados com o coto umbilical, de forma a orientar quanto às formas de prevenção de infecções sem desconsiderar informações ou experiências de vida.

Quanto ao DE risco de desequilíbrio na temperatura corporal definido como “risco de não conseguir manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais”, foi encontrado em 102 neonatos (100%); o fator de risco considerado para este DE foi extremos de idade.

A pele é uma superfície contínua e flexível que além de promover proteção envolve o corpo por completo; a pele íntegra é uma das defesas do RN contra os agentes infecciosos. Considerando que a pele do RN é ainda muito sensível, a variação da temperatura corporal para hipertermia ou hipotermia encontra-se presente nos RN e está associada à perda de calor e ao uso de roupas inadequadas para temperatura ambiente (DEL’ ANGELO et al., 2010).

A transferência de calor da superfície corporal do ser humano para o meio externo se faz por quatro mecanismos de perda: por evaporação, condução, convecção e radiação. Dessa forma, vários fatores que podem contribuir para a perda de calor e uma das mais significativas é extremos de idade, pois ao nascer, o mecanismo de regulação térmica do RN está imaturo (AMANTE et al., 2012).

A temperatura fetal é de aproximadamente 0,5° C superior à temperatura materna intra-útero. Contudo ao nascer, o RN perde calor rapidamente devido ao frio do ambiente externo e à evaporação (BALBINO et al., 2013).

Ainda de acordo com as autoras acima, o cuidado quanto à temperatura corporal do RN deve ser iniciado desde o nascimento, ainda na sala de parto, sendo continuado em todos os ambientes que envolvem seu período de permanência no ambiente hospitalar.

Os RN precisam adaptar-se ao seu meio que relativamente é frio, pois não têm capacidade de gerar calor por meio de tremores. A termorregulação é uma função fisiológica que está relacionada com a transição e sobrevivência dos RN, pois, quando estão em condições extremas de temperatura, muito baixa ou muito alta, são prejudicados pela incapacidade física da manutenção da homeostase (ROLIM et al., 2008).

Portanto, os cuidados relacionados ao controle e manutenção da temperatura corporal do neonato são importantes para sua sobrevivência, pois essas crianças baixam e aumentam sua temperatura corporal com facilidade (SCOCHI et al., 2002).

Esse é um dos fatores primordiais no cuidado de enfermagem, pois os neonatos são mais suscetíveis a contrair infecções, já que, quanto menor a idade gestacional, maior a imaturidade de seus órgãos, sobretudo a pele (ROLIM et al., 2008).

Assim como os cuidados com a termorregulação, os cuidados com a pele são essenciais durante o período neonatal (MARTINS; TAPIA, 2009).

Quanto à amamentação, foi identificado em 66 (64, 7%) RN o DE disposição para amamentação melhorada; a CD RN está satisfeito após mamada em 49 (48,55) e os FR verificados em 66 (64,7%) foram estrutura oral da criança normal e capacidade do RN realizar uma pega adequada.

Vieira et al. (2011) relatam a CD acima descrita presente em 83,3% dos RN em seu estudo, seguido de 72,2% para FR estrutura oral da criança normal.

Ao analisar a ocorrência DE disposição para amamentação melhorada, conclui-se que a puérperas estavam orientadas quanto a posição correta de colocar o RN ao seio para sugar, bem como os RN foram capazes de realizar uma pega adequada e conseqüentemente apresentar satisfação após a mamada.

Em relação ao posicionamento do RN para mamar, Freitas et al. (2011) complementam que essa é uma prática a ser aprendida, e a puérpera deve ser

orientada quanto aos sinais da pega correta e à sua posição, pois o processo deve ser prazeroso para mãe e filho.

As autoras acima reforçam que a posição desfavorável da mãe pode ocasionar traumas mamilares comuns no início do processo, mamadas ineficientes com esvaziamento incompleto da mama e redução da produção de leite por falta de estímulo adequado.

Abrão, Gutiérrez e Marin (2002) também citam a posição correta para amamentar e a prensão correta do mamilo como aspectos importantes no processo de amamentar, porque previnem futuros problemas na mama, garantindo o sucesso da amamentação.

Compreende-se que a assistência de Enfermagem à puérpera é de fundamental importância para promover o aleitamento materno como uma experiência positiva e satisfatória para mãe e filho. Embora as orientações durante o pré-natal sejam relevantes, a atuação profissional depois do parto é indispensável (CHAVES et al., 2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção dos DE na prática clínica é uma ferramenta relevante para qualidade assistência prestada.

Após análise detalhada dos dados coletados baseados nos objetivos propostos, o estudo possibilitou identificar 23 diagnósticos de enfermagem para as puérperas e dez para seus RN. Foram verificados diagnósticos reais e de risco, bem como suas CD, fatores relacionados e FR. Foram discutidos aqueles cuja frequência foi igual ou superior a 50%, o que correspondeu a quatro diagnósticos relacionados à puérpera e a três relacionados ao RN.

Para identificação do DE foi realizada a primeira etapa do PE, a saber: o Histórico de Enfermagem que contempla a entrevista e o exame físico. Nesse processo de investigação, a análise dos dados coletados possibilitou aprofundar o conhecimento sobre as NHB afetadas relativas ao binômio mãe-filho.

A maioria dos DE identificados foram classificados como de risco, portanto evitáveis, ressaltando dessa forma a importância da atuação da enfermeira na unidade de AC no que concerne às ações direcionadas para promoção da saúde e prevenção agravos.

Os resultados obtidos estimularam a busca de conhecimentos e evidenciaram a importância da identificação dos DE para o planejamento e execução da assistência de enfermagem.

Estudos que possibilitem a elaboração de intervenções de enfermagem direcionadas aos DE identificados nesta pesquisa são necessários, objetivando o aprimoramento da assistência para a clientela em questão.

Espera-se que a identificação dos DE, verificação de suas CD, de seus FR e fatores relacionados contribuam para subsidiar a implantação da SAE no AC da Maternidade do HUMAP, resultando na implementação do PE e, no favorecimento de ações rápidas e eficazes para resolução dos problemas encontrados.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, A. C. F. V.; GUTIÉRREZ, M. G. R.; MARIN, H. F. Utilização do diagnóstico de enfermagem segundo a classificação da NANDA, para a sistematização da assistência de enfermagem em aleitamento materno. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 49-59, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n2/v5n2a07.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

_____. Estudo de validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “amamentação eficaz”. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 17-26, 2002. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/acta/index.php?volume=15&numero=1&item=pdf/art2.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

_____. Diagnóstico de Enfermagem amamentação ineficaz- Estudo de identificação e validação clínica. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 46-55, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a07v18n1.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

ALBUQUERQUE, G. L.; PERSEGONA, M. F. M.; FREIRE, N. P. *Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais de Enfermagem*. Brasília, DF: Cofen, 2011.

ALMEIDA, A. C. et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 86-94, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/13.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

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*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 70-75, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a11v19n1>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

AMANTE, L. N. et al. Ocorrência de hipotermia não planejada em sala de recuperação anestésica. *UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 14, n. 4, p. 211-215, 2012. Disponível em: <<http://revistas.unopar.br/index.php/biologicas/article/download/424/410>>. Acesso em: 7 jul. 2014.

AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/07.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee Opinion n. 579: Definition of term pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, New York, v.122, n. 5, p. 1.139-1.140, 2013. Disponível em:

<<http://www.acog.org/~media/Committee%20Opinions/Committee%20on%20Obstetric%20Practice/co579.pdf?dmc=1&ts=20140918T1334156725>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

ARCANJO, Z. et al. Diagnósticos de enfermagem referentes ao sono e repouso de gestantes. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 378-384, 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a08.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

AVENA, M. J.; PEDREIRA, M. L. G.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Validação conceitual das características definidoras de diagnósticos de enfermagem respiratórios em neonatos. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 76-85, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n1/pt_0103-2100-ape-27-01-00076.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2014.

BALBINO, A. C. et al. Termorregulação do recém-nascido: cuidados na admissão em unidade de emergência pediátrica. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 14, n. 2, p. 320-330, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/424/pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

BARRA, D. C. C.; DAL SASSO, G. T. M. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da CIPE 1.0[®]. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, 19, n. 1, p. 54-63, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a06.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

BENINCASA, B. C. et al. Taxas de Infecção relacionados à partos cesáreos e normais no hospital e Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 5-9, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/download/24094/16455>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

BERETTA, M. I. R. et al. A contextualização da gravidez na adolescência em uma maternidade de São Carlos/SP. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 13, n. 1, p. 90-98, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/download/8128/9164>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

BORGES, B. B.; SERRANO, F.; PEREIRA, F. Episiotomia: uso generalizado versus selectivo. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v. 16, n. 6, p. 447-454, 2003. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/1214/866>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

BOUSSO, R. S.; POLES, K.; CRUZ, D. A. L. M. Conceitos e teorias na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 144-148, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/78601/82667>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 maio 1986. Não paginado. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 22 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.016, de 26 de agosto de 1993. Dispõe sobre as normas básicas para implantação de alojamento conjunto. *Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1º set. 1993. Não paginado. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/40.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. *Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 ago. 2002. Não paginado. Revogada pela Resolução Cofen n. 358/2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html>. Acesso em: 22 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno 5). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/25gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009a. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0259.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358, 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. *Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 out. 2009b. Não paginado. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 22 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2011. v. 1. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde: consulta estabelecimento – módulo hospitalar – leitos – Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian*. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=5002700009709>. Acesso em: 28 jul. 2014.

BULECHEK, G. M.; DOCHTERMAN, J. M.; BUTCHER, H. *NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CABRAL, P. P. et al. Motivos do sucesso da amamentação exclusiva na perspectiva dos pais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 454-462, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/download/16996/14824>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

CARMONA, E. V. et al. Conflito no desempenho do papel de mãe em estudos com mães de recém-nascidos hospitalizados: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 505-512, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a32v46n2.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

CARNIEL, F.; OLIVEIRA, M. M. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos no município de Ji-Paraná (RO). *Revista Científica FAEMA*, Ariquemes, v. 4, n. 2, p. 18-38, 2013. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/download/183/154>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

CARROLI, G.; BELIZAN, J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Oxford, n. 1, 21 jan. 2009. Abstract. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/abstract>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

CARVALHO, A. Y. C. et al. Perfil sociodemográfico e reprodutivo de adolescentes grávidas acompanhadas na unidade básica de saúde do município de Canindé. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 53-61, 2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/428/pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A. S. R.; MORAES FILHO, O. B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, p. 265-270, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

CARVALHO, E. C. et al. Relações entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem a pacientes adultos de uma unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 700-706, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_08.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2014.

CARVALHO, O. M. C. et al. Prevalência dos diagnósticos de enfermagem de amamentação no binômio mãe-filho em Unidade Básica de Saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 99-107, 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1482/pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

CHAVES, M. M. N. et al. Amamentação: a prática do enfermeiro na perspectiva da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 199-205, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/28.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

COELHO, E. A. C. et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 415-22, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v25n3/v25n3a15.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

COLACIOPPO, P. M. et al. Avaliação do viés de classificação da laceração perineal no parto normal. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 61-66, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v24n1/v24n1a09.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPe/ICNP)*. Lisboa: Gráfica, 2000.

COSTA, A. C. P. J. et al. Saberes populares no cuidado ao recém-nascido com enfoque na promoção da saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3.626-3.635, 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/2271/pdf_744>. Acesso em: 28 jul. 2014.

DEL'ANGELO, N. et al. Diagnósticos de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 63, n. 5, p. 755-761, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/10.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

DODT, R. C. M. et al. Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 345-351, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a02.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

FARIA, A. C.; MAGALHÃES, L.; ZERBETTO, S. R. Implementação do Alojamento Conjunto: dificuldades enfrentadas na percepção de uma equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 669-77, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a11.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

FARIA, J. O.; SILVA, G. A. Diagnósticos de enfermagem do domínio segurança e proteção em pessoas com HIV/Aids. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 93-99, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/19977/16447>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

FAVERO, L.; MAZZA, V. A.; LACERDA, M. R. Vivência de enfermeira no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 490-6, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/02.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

FIGUEIREDO, M. G. et al. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 172-179, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/33.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

FREITAS, L. J. Q. et al. Amamentação ineficaz entre nutrizes atendidas em unidades básicas de saúde. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 103-110, 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a16.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

FREITAS, S. M. F. M. et al. Promoção da saúde do trinômio mãe-filho e família e o diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz em consulta de puericultura. *Revista de Enfermagem da UFPE On Line*, Recife, v. 5, n. 8, p. 1.995-2.000, 2011. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/1892/2365>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

GALLAGHER, P. G.; SHAH, S. S. *Omphalitis*. New York: Medscape, 2012. Disponível em: <<http://emedicine.medscape.com/article/975422-overview#showall>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009. Disponível em: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/audiencia_pdf.asp?aid2=415&nomeArquivo=v13n1a25.pdf>. Acesso em: 22 maio 2014.

GERK, M. A. S. *Intervenções de enfermagem em ginecologia*. 256 f. 2003. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

GERK, M. A. S. et al. Identificação dos diagnósticos de enfermagem no alojamento conjunto da maternidade da Associação Beneficente Mantenedora – Santa Casa do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2005. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, Campo Grande, v. 10, n. 3, p. 105-112, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26012809011>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

GERK, M. A. S.; FREITAS, S. L. F.; BARROS, S. M. O. Visita domiciliar no período puerperal: a prática social vivenciada pelas(os) acadêmicas(os) de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 13, p. 196-197, 2000. Número Especial, parte II.

GERK, M. A. S.; FREITAS, S. L. F.; NUNES, C. B. Introdução à sistematização da assistência de enfermagem. In: BASTON, H.; HALL, J. (Org.). *Uma abordagem humanizada: pós-parto*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. v. 4. (Série Enfermagem Obstetrícia Essencial).

GOMES, L. A. et al. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 11, n. p. 117-123, 2010. Especial temático. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/471/pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

GONÇALVES, M. L. C. et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas assistidas no município de Iguatu-CE. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 33-39, 2012. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/download/2242/2469>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

GUEDES, E. S. et al. Adaptação e validação do instrumento posições sobre o processo de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 404-411, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a16.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2014.

GUEDES, H. M. et al. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio atividade/reposouso em idosos admitidos em hospital. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 513-518, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a02.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

HILDEBRAND, C. R.; SOUZA, M. C. *Projeto de implantação da sistematização da assistência de enfermagem no Núcleo Hospitalar Universitário de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS*. Campo Grande, MS, 2010. Material interno e não publicado.

HORTA, W. A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU-EDUSP, 1979.

INÁCIO, C. C. N. et al. Diagnósticos de enfermagem em unidades de alojamento conjunto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 63, n. 3, p. 894-899, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/04.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeção da população do Brasil – por sexo e idade para o período 2000/2060; Projeção da população das unidades da federação – por sexo e idade para o período 2000/2030*. Rio de Janeiro: Ed. IBGE, 2013. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_m etodologica_2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2014.

KLETEMBERG, D. F. et al. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 26-32, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a05.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, W. A. *Fundamentos da metodologia científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LEITE, F. M. C. et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas internadas em uma maternidade de alto risco no município da Serra, ES. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 11, n. 1, p. 22-26, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/444/308>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

LEITE, F. M. C. et al. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 344-350, 2013. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/32584/20700>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

LEMOS, R. X.; RAPOSO, S. O.; COELHO, E. O. E. Diagnósticos de enfermagem identificados durante o período puerperal imediato: estudo descritivo. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, Divinópolis, v. 2, n. 1, p. 19-30, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/183/252>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

LIMA, G. S. P.; SAMPAIO, H. A. C. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 4, n. 3, p. 253-261, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a05v04n3.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

LINHARES, E. F. et al. Desvelando saberes empírico-científicos nas ações extensionistas de cuidado ao recém-nato e família. *Conexão UEPG*, Ponta Grossa, v. 7, n. 2, p. 222-229, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/viewFile/3720/2609>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

LINHARES, E. F.; SILVA, L. W. S. O cuidado do coto umbilical do recém-nascido sob a ótica dos seus cuidadores. *Gestão & Saúde*, Brasília, DF, v. 3, n. 3, p. 968-985, 2012. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/download/198/pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

LINS, S. M. S. B. et al. Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE® para portadores de doença renal crônica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 180-189, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/05.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

LUCENA, I. C. D.; BARREIRA, I. A. Revista enfermagem em novas dimensões: Wanda horta e sua contribuição para a construção de um novo saber da enfermagem (1975-1979). *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, 20, n. 3, p. 534-540, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/15.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MANDARINO, N. R. et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1.587-1.596, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/17.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MARIA, M. A.; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. F. O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 65, n. 2, p. 297-303, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a15.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MARIN, A.; PICCININI, C. A. Famílias uniparentais: a mãe solteira na literatura. *Psico*, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 422-429, 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/download/2683/4927>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MARQUES, M. C. S.; MELO, A. M. Amamentação no alojamento conjunto. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 261-271, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v10n2/a17v10n2>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MARTINS, C. P.; TAPIA, C. E. V. A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 62, n. 5, p. 778-783, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/23.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MATOS, J. C. et al. Ensino de teorias de enfermagem em Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Paraná – Brasil. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 24, n.1, p. 23-28, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a03.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MATOZINHOS, F. P.; ALBUQUERQUE, J. P.; CAETANO, L. C. Aplicação e avaliação da orientação de alta às puérperas do alojamento conjunto de uma instituição pública de saúde de Belo Horizonte. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 372-377, 2011. Disponível em: <<http://reme.org.br/exportar-pdf/47/v15n3a09.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MATTAR, R.; AQUINO, M. M. A.; MESQUITA, M. R. S. A prática da episiotomia no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n1/a01v29n1.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. Desvelando dificuldades operacionais na sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da Grounded Theory. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 44-53, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/download/15323/15515>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MENDOZA-SASSI, R. A. et al. Risk factors for cesarean section by category of health service. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 80-89, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/09.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MINASI, J. M. et al. Perfil obstétrico e intercorrências de puérperas assistidas em visita domiciliária. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 14, n. 4, p. 757-764, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1183/pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MIRANDA, D. B. et al. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 337-346, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/download/8032/5811>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

NERY, I. S.; SANTOS, A. G.; SAMPAIO, M. R. F. B. Dificuldades para a implantação sistematização da assistência de enfermagem em maternidades. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 4, n. 1, p. 11-14, 2013. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/494/184>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 63, n. 2, p. 222-229, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/09.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

OLIVEIRA, A. T. S. A. et al. Crendices e práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa Saúde da família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 19, n. 1, p. 11-18, 2006. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/download/955/2117>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

OLIVEIRA, M. A. C. (Re)significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 65, n.3, p. 401-405, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a02.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 466-474, 2008. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/08_Aleitamento_baixa.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2014.

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*, São José do Rio Preto, v. 13, n. 4, p. 202-208, 2006. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-13-4/Famerp%2013\(4\)%20ID%20169%20-%2015.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-13-4/Famerp%2013(4)%20ID%20169%20-%2015.pdf)>. Acesso em: 28 jul. 2014.

PEIXOTO, C. R. et al. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 171-177, 2012. Disponível em: <<http://reme.org.br/exportar-pdf/516/v16n2a04.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

PELAI, E. et al. Perfil social e obstétrico de mulheres avaliadas no puerpério imediato. *Colloquium Vitae*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 9-17, 2013. Disponível em: <<http://revistas.unoeste.br/revistas/ojs/index.php/cv/article/view/824/1123>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

PEREIRA, A. L. F.; ARAÚJO, C. S. et al. Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 831-840, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/download/13665/13347>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

PEREIRA, A. L. F.; AZEVEDO, L. G. F. et al. Assistência materna e neonatal na Casa de Parto David Capistrano Filho, Rio de Janeiro, Brasil. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 2.905-2.913, 2012.

Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/1659/pdf_512>. Acesso em: 2 abr. 2014.

PILOTTO, D. T. S.; VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, G. M. Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 62, n. 4, p. 604-607, 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/19.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

PIVATTO, L. F.; GONÇALVES, C. G. O. Ruído no alojamento conjunto: percepção das usuárias e dos profissionais de enfermagem. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 1.461-1.474, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n6/v15n6a09.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C.; CASTRO, D. S. Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 161-167, 2007. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a02.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

RIBEIRO, M. B.; BRANDÃO, M. N. M. Produção científica da enfermagem sobre coto umbilical. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, Teresina, v. 4, n. 3, p. 54-59, 2011. Disponível em: <>. Acesso em: 28 jul. 2014.

RIESCO, M. L. G. et al. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 77-83, 2011. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a13.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

RODRIGUES, Q. P.; DOMINGUES, P. M. L.; NASCIMENTO, E. R. Perfil sociodemográfico de puérperas usuárias do Sistema Único de Saúde. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 242-248, 2011. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a12.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

RODRIGUES, R. S. N.; CAVALCANTI, A. M. T. S.; SILVA, T. M. Diagnósticos de enfermagem em adolescentes com excesso de peso. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 187-198, 2013. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/801/pdf>>.

Acesso em: 28 jul. 2014.

ROLIM, K. M. C. et al. Cuidado com a pele do recém-nascido pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: conhecimento da enfermeira. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 9, n. 4, p. 107-115, 2008. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/627/pdf>>.

Acesso em: 28 jul. 2014.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (Org.). *Epidemiologia e saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2012.

SALGADO, P. O. et al. Identificação e mapeamento das ações de enfermagem prescritas para pacientes internados em uma UTI de adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 65, n. 2, p. 291-296, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a14.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

SANTOS, S. D.; SANTOS, I. M. F. A Importância da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBS): a opinião de docentes e discentes de uma universidade de Salvador. *Revista Científica UNIRB*, Salvador, ano III, v. 2, n. 3, p. 108-118, 2011. Disponível em: <http://www.unirb.edu.br/periodicos/pdf/Revista_Cientifica_V2_n003_-_Multidisciplinar.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2014.

SCARABOTTO, L. B.; RIESCO, M. L. G. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 389-395, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a10.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 182-188, 2010. Disponível em: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/audiencia_pdf.asp?aid2=527&nomeArquivo=v14n1a27.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2014.

SCHOELLER, S. D.; LEOPARDI, M. T.; RAMOS, F. S. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 88-96, 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/download/2013/1515>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

SCOCHI, C. G. S. et al. Termorregulação: assistência hospitalar ao RNPT. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 72-78, 2002. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/acta/index.php?volume=15&numero=1&item=pdf/art9.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

SILVA, A. F. D.; NÓBREGA, M. M. L. D.; MACEDO, W. C. M. D. Diagnósticos/resultados de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 267-276, 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/pdf/v14n2a06.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

SILVA, E. P. et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em unidade de alojamento conjunto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 190-195, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/06.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

SILVA, G. F.; PELOSSO, S. M. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 95-102, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/12.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

SILVA, A. P. A. S. *Violência entre adolescentes por armas de fogo e brancas – morbimortalidade, necessidades básicas e assistência hospitalar*. 129 f. Tese (Doutorado Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2012. Disponível em: <<https://sistemas.ufms.br/sigpos/portal/trabalhos/download/684/cursold:88>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

SOARES, A. V. N.; GAIDZINSKI, R. R.; CIRICO, M. O. V. Identificação das intervenções de enfermagem no Sistema de Alojamento Conjunto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 308-317, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/10.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

SOUZA, C. A. et al. O ensino da Sistematização da Assistência de Enfermagem na visão do docente. *Nursing (São Paulo)*, São Paulo, v. 118, n. 10, p. 141-146, 2008.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. *SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem – guia prático*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TERÇAS, A. C. P.; GERK, M. A. S. Identificação dos diagnósticos de enfermagem em parturientes de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2005. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, Campo Grande, v. 10, n. 3, p. 93-103, 2006.

THACKER, S. B.; BANTA, H. D. Benefits and risks of episiotomy: An interpretive review of the English language literature, 1860-1980. *Obstetrical & Gynecological Survey*, Baltimore, MD, v. 38, n. 6, p. 322-338, 1983.

TRUPPEL, T. C. et al. Prática assistencial de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada no referencial teórico de Horta. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 116-124, 2008. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/610/pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

VIEIRA, F. et al. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 83-89, 2010. Disponível em: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/audiencia_pdf.asp?aid2=513&nomeArquivo=v14n1a13.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2014.

VIEIRA, F. et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação no puerpério imediato. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 462-470, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/250/pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

VOLPATO, M. P.; CRUZ, D. L. M. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internadas em unidade médico-cirúrgica. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 119-124, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv20n2/a02v20n2.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

YURI, N. E.; TRONCHIN, D. M. R. Qualidade assistencial na Divisão de Enfermagem Materno-Infantil de um Hospital Universitário na ótica de enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 331-338, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/13.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

ZENKNER, J. R. G. et al. Alojamento conjunto e aleitamento materno: revisando sua imbricância na produção científica da enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3.808-3.818, 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/2102/pdf_784>. Acesso em: 28 jul. 2014.