

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SIMONE SILVA DOS SANTOS

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PUÉRPERAS FUNDAMENTADOS NA
TEORIA DA CONSECUÇÃO DO PAPEL MATERNO**

Brasília – DF

2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SIMONE SILVA DOS SANTOS

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PUÉRPERAS FUNDAMENTADOS NA
TEORIA DA CONSECUÇÃO DO PAPEL MATERNO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Cuidado, Gestão, Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientador(a): Cristine Alves Costa de Jesus

Brasília - DF

2021

SIMONE SILVA DOS SANTOS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PUÉRPERAS FUNDAMENTADOS NA
TEORIA DA CONSECUÇÃO DO PAPEL MATERNO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

03 de novembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Cristine Alves Costa de Jesus – Presidente da Banca
Departamento de Enfermagem – Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília
(UnB)
Membro Interno

Professora Doutora Karine Marques Costa dos Reis – Membro Efetivo
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências
da Saúde (FEPECS)
Membro Externo

Professora Doutora Lara Mabelle Milfont Boeckmann – Membro Efetivo
Departamento de Enfermagem – Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília
(UnB)
Membro Interno

Professora Doutora Diana Lúcia Moura Pinho – Membro Suplente
Departamento de Enfermagem – Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília
(UnB)
Membro Interno

Dedico esse trabalho à Deus, e a minha querida avó paterna Maria das Graças (in memoriam), pelos valerosos ensinamentos que me fizeram ser a mulher que sou, e pelo exemplo de vida que me deixou. Que a sua memória esteja sempre eternizada em nossos corações.

AGRADECIMENTOS

Concluir essa etapa da minha formação me fez revisitar toda minha história de vida, e olhar para traz com imensa gratidão por cada escolha realizada. Nascida no interior de Goiás, com pais nordestinos e analfabetos, a prioridade da vida era o trabalho braçal, mas a partir do reconhecimento e da honra da história de vida dos meus pais e da minha família, busquei reconstruir uma trajetória de vida com outras oportunidades. Movida por essa força e seguindo meu coração, encontrei pessoas importantes que me incentivaram em cada momento, e fui para a capital estudar, consegui uma vaga na universidade pública e por condução divina ingressei na Universidade de Brasília (UnB), onde me formei uma enfermeira muito além da técnica, aprendi a respeito do valor da vida, do olhar sensível, do cuidado, e da simplicidade, cada professor (a) plantou uma semente que rego diariamente e me nutri nessa trajetória. A UnB favoreceu ainda o encontro com minha realização no mundo, cuidar de mulheres, de bebês e de famílias, em um dos ritos de passagem mais desafiadores e incríveis da vida, o ciclo de gerar, dar à luz e maternar.

A sede pelo conhecimento me guiou até a pós-graduação, na residência multiprofissional mergulhei na prática, na realidade como ela é, e um novo portal se abriu. O desejo pelo aprofundamento em pesquisas e na docência somou a inquietude advinda de presenciar tanta assistência incoerente, e assim, me senti pronta para ingressar no mestrado. Essa nova etapa me renderiam páginas para descrever, mas de uma forma geral, foi marcada por transformações intensas, muitas partidas que me partiram, adoecimentos, perdas, a pandemia, cada desafio crescia tanto que me achei pequena demais para dar conta, e só pela fé e pela força da amizade encontrei recursos para dar um passo de cada vez.

Durante o período em que essa pesquisa foi desenvolvida, cerca de 300 bebês nasceram sob meus cuidados, e cada um veio também me lembrando que a vida segue seu fluxo sempre no seu ritmo e nos seus ciclos, e que os desafios são superáveis. Vivenciar o primeiro contato de um ser humano com esse plano espiritual de forma respeitosa e amorosa é a motivação pela busca incansável de oferecer um cuidado integral e pautado na ciência em sua essência, às mulheres e aos seus filhos que são a esperança de um mundo melhor.

Essa condução divina vem me norteando diariamente a seguir dentro do meu propósito de vida, e a muito tenho a agradecer:

A Deus, pela sabedoria concedida a cada dia, pela sua constante guarnição e pelo dom do discernimento nos momentos mais difíceis de travessia.

À Professora Doutora Cristine Alves Costa de Jesus, pela sua disponibilidade, confiança e incentivo constantes desde a graduação para a realização desse sonho. Pela sua orientação exímia pautada por uma dedicação, competência e um rigor distinto e, sobretudo, pelo grande exemplo que representa, e por todos os ensinamentos científicos e de vida transmitidos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (PPGENF/UnB), pela compreensão e condução dada diante dos imprevistos advindos da pandemia. E aos professores pelos aprendizados repassados com tanta maestria.

À equipe do setor de Alojamento Conjunto do Hospital Universitário de Brasília pelo apoio e disponibilidade em ajudar-me frente às necessidades surgidas em cada etapa.

À todas as mulheres, puérperas que participaram deste estudo, o meu profundo agradecimento por terem colaborado, e pelo respeito com qual me concederam relatar um período de suas vidas, o que tornou possível a concretização deste trabalho.

À equipe luz de candeeiro, que tenho imenso orgulho de fazer parte, onde trabalhamos mudando o mundo uma família de cada vez. Em especial Ana Cyntia e Iara que são para sempre minhas professoras, amigas, parceiras de vida.

À todas as mulheres que tive a alegria de ser parteira, de acompanhar o tornar-se mãe de cada uma, o aprendizado incorporado pela vivência profunda e pela troca de conhecimento me permitiram desenvolver esse trabalho, todas vocês estão representadas nessa dissertação.

Às minhas amigas irmãs que venho encontrando nesse mundo, que muito me ouviram, me acolheram e me estenderam a mão em diversos momentos de dificuldade e também de alegria, Rafaela, Marília, Esther, Giovana, Gabriela, à Alyne pelos chazinhos nos momentos de inspirações, dentre tantas outras que estavam sempre na torcida, em prece e almejando a realização dessa etapa.

Aos meus queridos pais e a minha irmã Francimara, sou eternamente grata pelo amor e pela base recebida, pelo apoio incondicional, pela compreensão diante de tanta ausência, pela valorização do meu potencial, por me fazerem me sentir a pessoa mais amada e sortuda desse mundo, vocês formam o meu pilar, e sou muito feliz de ter vindo nesse seio familiar.

Ao Juliano, meu companheiro de jornada, meu grande amigo, sempre presente, me apoiando e incentivando, gratidão por ser quem é, pela compreensão, pela paciência, por nunca ter faltado uma palavra de incentivo. Meu amor por você só cresce.

Gratidão!

*“Mas se acreditam que toda a gente é sábia
O espírito deve sobre o corpo manter o passo adiante,
E o nosso maior cuidado, a nossa primeira instância,
Será alimentá-lo com o suco da ciência”.*

(Molière, Les Femmes savantes)

RESUMO

SANTOS, S. S. **Diagnósticos de enfermagem em puérperas fundamentados na Teoria da Consecução do Papel Materno**. 2021. 161 páginas. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

O puerpério envolve diversas modificações físicas, psíquicas e sociais para a mulher, que impactam em sua saúde, do recém-nascido, da família e da sociedade como um todo, é considerado um momento de maior transição da vida de uma mulher e exige uma visão integral e individualizada. A Teoria da Consecução do Papel Materno de Mercer é direcionada ao ciclo gravídico-puerperal e coloca a enfermeira como uma peça fundamental no cuidado. O conhecimento das reais necessidades levando em considerações os padrões e as crenças culturais das puérperas é indispensável para criar um plano de cuidado factível, multidimensional e contextualizado que atenda as condições apresentadas de forma eficaz e qualificada. **Objetivo:** Conhecer o perfil de diagnósticos de enfermagem de puérperas internadas em uma Unidade de Alojamento Conjunto, fundamentado na Taxonomia da NANDA-I e no referencial teórico de Ramona Mercer. **Método:** Pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva, com delineamento transversal, realizada na Unidade de Alojamento Conjunto de um hospital de ensino do Distrito Federal. A amostra foi composta por 72 puérperas que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e os dados foram coletados no período de julho a outubro de 2020, a partir da aplicação de duas etapas do processo de enfermagem, a coleta de dados e o diagnóstico de enfermagem. O instrumento de coleta de dados foi elaborado fundamentado em referências da área e no modelo conceitual de Ramona Mercer, sendo avaliado por três juízes independentes e composto por diferentes escalas validadas. Foram realizadas entrevistas e exame físico, posteriormente os diagnósticos de enfermagem eram elaborados a partir do raciocínio clínico e validados por perito com expertise na área. **Resultados:** Quanto ao perfil socioeconômico-demográfico e clínico participaram da amostra puérperas com média de idade de 27,9 (DP $\pm 6,8$) anos, predominância de mulheres com parceiro estável, múltiparas, parto cesariano, mulheres com alguma intercorrência/doença prévia ou na gestação, e que não tiveram intercorrências no parto/pós-parto. Quanto às escalas aplicadas, observou-se: Escala de Quedas de Morse – 59,7% das mulheres com baixo risco de quedas; Escala Verbal Numérica– apenas 25,0% referiram ausência de dor; Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) - 80,6% não

apresentou risco para depressão pós-parto no momento da entrevista. Houve um total de 638 diagnósticos de enfermagem arrolados, sendo 49 diferentes (29 com foco no problema, 13 de risco, e sete de promoção da saúde), havendo uma média de 8,9 diagnósticos de enfermagem por puérperas. Apenas nove diagnósticos apresentaram frequência superior a 40%, sendo eles: Integridade tissular prejudicada (83,3%), Dor aguda (75,0%), Distúrbio no padrão de sono (63,9%), Conhecimento deficiente (51,4%), Volume de líquidos excessivo e Fadiga com a mesma frequência de 47,2%, Ansiedade (45,8%), constipação (41,7%), e Risco de quedas (40,3%). **Conclusão:** Os resultados obtidos neste estudo permitiram caracterizar o perfil de diagnósticos de enfermagem de puérperas, assim como os aspectos multidimensionais envolvidos no cuidado dessa clientela à luz da Teoria de Mercer. Permitiu elaborar reflexões acerca do papel da enfermeira no âmbito da assistência à mulher em seu ciclo gravídico puerperal, que auxiliarão para nortear o desenvolvimento de intervenções embasadas cientificamente e de forma integral, beneficiando não apenas a mulher e a criança, mas todo seu contexto familiar e a sociedade.

Palavras-chaves: Diagnóstico de enfermagem; Teoria de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Período pós-parto; Processo de enfermagem.

ABSTRACT

SANTOS, S. S. **Nursing diagnoses in postpartum women based on the Theory of Attainment the Maternal Role**. 2021. 161 of pages. Master's Dissertation. Department of Nursing, College of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2021.

The puerperium involves several physical, psychological and social changes for women, which impact on their health, the newborn, the family and society as a whole, it is considered a moment of greatest transition in a woman's life and requires an integral and individualized vision. Mercer's Theory of Attainment of the Maternal Role is aimed at the pregnancy-puerperal cycle and places the nurse as a key player in care. The knowledge of the real needs, taking into account the patterns and cultural beliefs of postpartum women, is essential to create a feasible, multidimensional and contextualized care plan that meets the conditions presented in an efficient and qualified manner. Objective: To know the profile of nursing diagnoses of postpartum women hospitalized in a Rooming-in Unit, based on the NANDA-I Taxonomy and on the theoretical framework of Ramona Mercer. Method: Descriptive quantitative approach research, with a cross-sectional design, carried out in the Rooming-in Unit of a teaching hospital in the Federal District. The sample consisted of 72 postpartum women who signed the Informed Consent Form, and the data was collected between July and October 2020, with the application of two stages of the nursing process, data collection and diagnosis of nursing. The data collection instrument was developed based on references in the field and on Ramona Mercer's conceptual model, being evaluated by three independent judges and composed of different validated scales. Interviews and physical examination were carried out, and later nursing diagnoses were elaborated from clinical reasoning and validated by an expert with expertise in the area. Results: Regarding the socioeconomic-demographic and clinical profile, the postpartum women with an average age of 27.9 (DP $\pm 6,8$) years participated in the sample, with a predominance of women with a stable partner, multiparous women, cesarean delivery, women with any complications/previous illness or during pregnancy, and who did not have complications in childbirth/postpartum. As for the scales applied, it was observed: Morse Falls Scale – 59.7% of women with low risk of falls; Numerical Verbal Scale – only 25.0% reported no pain; Edinburgh Postpartum Depression Scale (EDPE) - 80.6% had no risk of postpartum depression at the time of the interview. There were a total of 638 nursing diagnoses listed, 49 of which were different (29 focused on

the problem, 13 at risk, and seven at health promotion), with an average of 8.9 nursing diagnoses per postpartum women. Only nine diagnoses had a frequency higher than 40%, namely: Impaired tissue integrity (83.3%), Acute pain (75.0%), Sleep pattern disturbance (63.9%), Deficient knowledge (51.4 %), Excessive fluid volume and Fatigue with the same frequency of 47.2%, Anxiety (45.8%), constipation (41.7%), and Risk of falls (40.3%). Conclusion: The results obtained in this study allowed us to characterize the profile of nursing diagnoses of postpartum women, as well as the multidimensional aspects involved in the care of this clientele in the light of Mercer's Theory. It allowed the elaboration of reflections on the role of nurses in the context of assistance to women in their pregnancy and puerperal cycle, which will help to guide the development of scientifically based and comprehensive interventions, benefiting not only the women and the child, but their entire family context and society.

Key Words: Nursing diagnosis; Nursing theory; Nursing care; Postpartum period; Nursing process.

RESÚMEN

SANTOS, S. S. **Diagnósticos de enfermería en puérperas basados en la Teoría del Logro del Rol Materno**. 2021. 161 de hojas. Disertación (Máster) Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2021.

El puerperio implica varios cambios físicos, psicológicos y sociales para la mujer, que impactan en su salud, el recién nacido, la familia y la sociedad en su conjunto, [se considera un momento de mayor transición en la vida de la mujer y requiere una visión integral e individualizada. La Teoría del logro del rol materno de Mercer está dirigida al ciclo embarazo-puerperal y coloca a la enfermera como un actor clave en la atención. El conocimiento de las necesidades reales, teniendo en cuenta los patrones y creencias culturales de la mujer posparto, es fundamental para crear un plan de atención factible, multidimensional y contextualizado que cumpla con las condiciones presentadas de manera eficiente y calificada. Objetivo: Conocer el perfil de los diagnósticos de enfermería de las puérperas hospitalizadas en una Unidad de Rooming in, basado en la Taxonomía NANDA-I y en el marco teórico de Ramona Mercer. Método: Investigación descriptiva de abordaje cuantitativo, con un diseño transversal, realizada en la Unidad de Alojamiento conjunto de un hospital universitario del Distrito Federal. La muestra estuvo conformada por 72 puérperas que firmaron el Formulario de Consentimiento Informado, y se recolectaron datos de julio a octubre de 2020, a partir de la aplicación de dos etapas del proceso de enfermería, recolección de datos y diagnóstico de enfermería. El instrumento de recolección de datos se desarrolló a partir de referencias en el área y en el modelo conceptual de Ramona Mercer, siendo evaluado por tres jueces independientes y compuesto por diferentes escalas validadas. Se realizaron entrevistas y exploración física, y posteriormente se elaboraron diagnósticos de enfermería a partir del razonamiento clínico y validados por un experto con experiencia en el área. Resultados: En cuanto al perfil socioeconómico-demográfico y clínico, participaron en la muestra las puérperas con una edad media de 27,9 (DP $\pm 6,8$) años, con predominio de mujeres con pareja estable, multíparas, cesáreas, mujeres con alguna complicación / enfermedad previa o durante el embarazo, y que no tuvieron complicaciones en el parto / posparto. En cuanto a las escalas aplicadas, se observó: Escala de Morse Falls - 59,7% de mujeres con bajo riesgo de caídas; Escala verbal numérica: solo el 25,0% informó que no tenía dolor; Escala de depresión posparto de Edimburgo (EDPE): el 80,6% no tenía riesgo de

depresión posparto en el momento de la entrevista. Se enumeraron un total de 638 diagnósticos de enfermería, 49 de los cuales fueron diferentes (29 enfocados en el problema, 13 en riesgo y siete en promoción de la salud), con un promedio de 8,9 diagnósticos de enfermería por puérpera. Solo nueve diagnósticos tuvieron una frecuencia superior al 40%, a saber: deterioro de la integridad tisular (83,3%), dolor agudo (75,0%), alteración del patrón de sueño (63,9%), conocimiento deficiente (51,4%), volumen de líquido excesivo y fatiga con el misma frecuencia de 47,2%, ansiedad (45,8%), estreñimiento (41,7%) y riesgo de caídas (40,3%). Conclusión: Los resultados obtenidos en este estudio nos permitieron caracterizar el perfil de los diagnósticos de enfermería de la mujer posparto, así como los aspectos multidimensionales involucrados en el cuidado de esta clientela a la luz de la Teoría de Mercer. Permitió la elaboración de reflexiones sobre el rol del enfermero en el cuidado de la mujer en su ciclo gestacional y puerperal, lo que ayudará a orientar el desarrollo de intervenciones científicas e integrales, beneficiando no solo a mujeres y niños, sino a todo su contexto familiar y a la sociedad.

Palabras clave: Diagnóstico de enfermería; Teoría de enfermería; Atención de enfermería; Periodo posparto; Proceso de enfermería.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Edinburgh Postnatal Depression Scale (versão em Português), para rastreamento de depressão pós-parto.....	57
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Domínios e as classes da Taxonomia II da NANDA-I.....	34
Figura 2 - Etapas entre a avaliação do paciente e o diagnóstico	35
Figura 3 – Modelo de consecução do papel materno	44
Figura 4 - Microsistema dentro do modelo de consecução do papel materno.....	45
Figura 5 - Tornar-se mãe: uma revisão do modelo.....	46
Figura 6 – Escala de Morse	56
Figura 7 - Escala verbal numérica (EVN)	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Síntese dos fenômenos fisiológicos de involução e recuperação do sistema reprodutor feminino após o parto.	29
Tabela 2 – Principais conceitos e definições da Teoria de Ramona Mercer.	39
Tabela 3 – Síntese da definição dos metaparadigmas da Teoria da Consecução do Papel Materno.....	41
Tabela 4 - Caracterização do perfil sociodemográfico e econômico da amostra estudada (n=72) – Brasília, julho a outubro 2020.	62
Tabela 5 - Caracterização do perfil obstétrico da amostra estudada (n=72) – Brasília, julho a outubro 2020.....	67
Tabela 6 - Escalas de avaliação aplicadas às participantes (n=72) – Brasília, julho a outubro 2020.	68
Tabela 7 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema, segundo NANDA-I (n=72) - Brasília, julho a outubro 2020.....	69
Tabela 8 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco, segundo NANDA-I (n=72) - Brasília, julho a outubro 2020.....	71
Tabela 9 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde, segundo NANDA-I (n=72) - Brasília, julho a outubro 2020.....	72
Tabela 10 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem, segundo NANDA-I (n=72) - Brasília, julho a outubro 2020.	73
Tabela 11 - Distribuição das características definidoras para os diagnósticos de enfermagem com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I - Brasília, julho a outubro 2020.....	77
Tabela 12 - Distribuição dos fatores relacionados para os diagnósticos de enfermagem com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I - Brasília, julho a outubro 2020.	80
Tabela 13 - Distribuição dos fatores de risco para os diagnósticos de enfermagem com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I - Brasília, julho a outubro 2020.	83
Tabela 14 - Distribuição das condições associadas para os diagnósticos de enfermagem com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I - Brasília, julho a outubro 2020.	83
Tabela 15 - Distribuição da população em risco para os diagnósticos de enfermagem com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I - Brasília, julho a outubro 2020.	85

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de puérperas que tiveram partos normais e cesáreos internadas no setor de alojamento conjunto, no período de julho à outubro de 2019.	53
Gráfico 2 - Regiões administrativas do Distrito Federal e Goiás, Procedência das puérperas, (n=72) – Brasília, julho a outubro 2020.	64
Gráfico 3 - Distribuição das doenças e intercorrências no período gestacional da população estudada – Brasília, julho a outubro 2020.	65
Gráfico 4 - Distribuição das intercorrências no parto e pós-parto relacionadas ao binômio da população estudada – Brasília, julho a outubro 2020.	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALCON	Alojamento Conjunto
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CIUR	Crescimento intrauterino restrito
DMG	Diabetes melito gestacional
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DF	Distrito Federal
DPP	Depressão Pós-Parto
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EDPE	Escala de depressão pós-parto de Edimburgo
EVN	Escala Verbal Numérica
FS	Faculdade de Ciências de Saúde
FSH	Hormônio foliculoestimulante
HAG	Hipertensão arterial gestacional
HCG	Gonadotrofina coriônica humana
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HUB	Hospital Universitário de Brasília
ICD	Instrumento de coleta de dados
IIC	Insuficiência istmo cervical
IMC	Índice de Massa Corporal
ITU	Infecção do trato urinário
LES	Lúpus eritematoso sistêmico
LH	Hormônio luteinizante
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Pré-eclâmpsia
RIDE-DF	Rede integrada de desenvolvimento do DF e entorno
RN	Recém-Nascido
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SES	Secretaria do Estado de Saúde
SINASC	Sistema de informações sobre nascidos vivos

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	22
2. OBJETIVOS	25
2.1. Objetivo geral:	25
2.2. Objetivos específicos:	25
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
3.1 O puerpério	26
3.2 Aspectos adaptativos do organismo materno no puerpério	26
3.3 Diagnósticos de Enfermagem	33
3.4 Enfermagem e a Teoria de Ramona Mercer	38
3.4.1 Ramona Mercer	38
3.4.2 Modelo Conceitual de Mercer e a Teoria da Consecução do Papel Materno.....	39
3.4.3 Principais conceitos	39
3.4.4 Metaparadigmas da Teoria	41
3.4.5 Pressupostos da Teoria	42
3.4.6 Proposições da Teoria	43
3.4.7 Representações gráficas	44
3.4.8 Forma Lógica e aplicação prática.....	47
4. MATERIAL E MÉTODO	50
4.1. Desenho	50
4.2. Pergunta norteadora	51
4.3. Local do estudo	51
4.4. População e amostragem	52
4.4.1. Critérios de elegibilidade:	52
4.4.2. Estudo de fluxo e amostragem	52
4.4.3. População do estudo.....	53
4.5. Procedimentos de coleta de dados	54
4.5.1. Instrumento de coleta de dados	54
4.5.2. Procedimento de coleta de dados	59
4.6. Análise dos dados	60
4.7. Aspectos éticos	61
5. RESULTADOS	62
5.1. Caracterização sociodemográfica e econômica	62

5.2. Caracterização clínica obstétrica	65
5.2.1. Características clínicas	65
5.2.2. Características obstétricas	66
5.3. Diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco	69
5.3.1. Características definidoras dos diagnósticos de enfermagem de maior prevalência nas participantes	76
5.3.2. Fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem de maior prevalência nas participantes.	80
5.3.3. Fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem de maior prevalência nas participantes	83
5.3.4. Condições associadas dos diagnósticos de enfermagem de maior prevalência nas participantes	83
5.3.5. População de risco dos diagnósticos de enfermagem de maior prevalência nas participantes ...	85
6. DISCUSSÃO	85
6.1. Caracterização sociodemográfica e econômica	86
6.2. Caracterização clínica obstétrica	89
6.2.1. Características Clínicas	89
6.2.2. Características Obstétricas	92
6.2.3. Aplicação das escalas de padrão de risco	94
6.3. Diagnósticos de enfermagem em puérperas internadas no alojamento conjunto	100
6.3.1. Integridade tissular prejudicada	101
6.3.2. Dor aguda	103
6.3.3. Distúrbio no padrão de sono.....	106
6.3.4. Conhecimento deficiente.....	108
6.3.5. Volume de líquidos excessivo.....	111
6.3.6. Fadiga.....	113
6.3.7. Ansiedade	115
6.3.8. Constipação	118
6.3.9. Risco de quedas.....	121
7. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
8. REFERÊNCIAS	127
9. APÊNDICES	140
9.1. APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	140
9.2. APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	143
10. ANEXOS	152
10. 1. ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 3.754.960.....	152
10.2. ANEXO B – Escalas utilizadas na pesquisa	159

1. INTRODUÇÃO

O puerpério é definido como o período após a dequitação que se estende até o 42º dia, é dotado de diversas modificações físicas, psíquicas e sociais e exige uma visão integral que abrange o contexto familiar e sociocultural (ZUGAIB, 2015). É considerado um momento oportuno e toda assistência de enfermagem prestada repercute na saúde da mulher, e principalmente da criança, favorecendo a naturalização do processo e a identificação precoce de alterações que possam culminar em um prejuízo adaptativo (ANDRADE *et al.*, 2015).

Em relação aos profissionais que prestam assistência no puerpério, destaca-se a enfermeira, por ter um papel central no cuidado, com orientações e apoio sob a perspectiva da integralidade da assistência. Sua atuação é pautada em habilidades técnico-científicas que organizam e sistematizam o cuidado prestado, sendo imprescindível para inúmeros benefícios, tais como a rápida recuperação e adaptação da mulher, o sucesso na amamentação, o fortalecimento das relações familiares, entre outros (CUNHA *et al.*, 2017; ANDRADE *et al.*, 2015).

O processo de enfermagem (PE) embasa as ações da enfermeira, é intencional, dinâmico, interativo, sistemático e fundamentado em um referencial teórico; sua segunda etapa, corresponde ao diagnóstico de enfermagem (DE). Para a NANDA-I “(...) é um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde reais ou potenciais, que fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados, pelos quais a enfermeira é responsável” (NANDA-I, 2018). Constitui-se um facilitador para o desenvolvimento, o aperfeiçoamento, a disseminação e a utilização de terminologia padronizada.

O referencial teórico por sua vez, fornece um embasamento indispensável para um cuidado científico e individualizado. Entre as diversas teorias de enfermagem, destaca-se a teoria de médio alcance de Ramona T. Mercer, intitulada Consecução do papel materno. Define-se como um processo contínuo de evolução da aquisição do papel materno pela mulher a partir da interação e do desenvolvimento com seu filho que gera uma ligação; a mesma adquire competência na prestação dos cuidados envolvidos no papel e experimenta sentimentos de competência e autoconfiança conforme a identidade materna vai se desenvolvendo (MERCER, 2004). Tal teoria desenvolve-se em quatro fases: antecipatória, desde o início da gravidez e engloba as adaptações sociais e emocionais; formal, inicia-se com

o nascimento e tem foco na aprendizagem e desenvolvimento do papel materno; informal, a partir do momento em que a mulher lida com o novo papel e determina os melhores cuidados para o filho; e a identidade pessoal ou materna, a qual representa a nova identidade, com a internalização do papel adquirido, momento em que a mulher incorpora a maternidade com segurança e confiança (MERCER; WALKER, 2006).

Neste sentido, conhecer as reais necessidades levando em considerações os padrões e as crenças culturais das puérperas é indispensável para criar um plano de cuidado factível, multidimensional e contextualizado que atenda as condições apresentadas de forma eficaz e qualificada (ROYERT; PEÑALE, 2016; ROQUE; CARRARO, 2015). O referencial teórico de Mercer apresenta-se adequado para o estudo por ser direcionado ao ciclo gravídico-puerperal, e por colocar a enfermeira como uma peça fundamental no cuidado, tanto da mulher quanto de seu núcleo familiar (SOUSA *et al.*, 2013). Essa interação social permite a identificação oportuna de intercorrências na interação mãe-filho e favorece uma avaliação global e um resultado satisfatório.

Silva *et al.* (2013) ressaltam a importância do processo de elaboração e julgamento clínico dos diagnósticos de enfermagem, uma vez que são essenciais para a realização de intervenções e resultados esperados benéficos para o binômio. Nesse mesmo estudo apontam a amamentação eficaz, amamentação ineficaz e amamentação interrompida como diagnósticos de enfermagem prevalentes relacionados a essa particularidade em puérperas. Neste contexto, a assistência sistematizada guia as intervenções de enfermagem, e proporciona um cuidado integral, consistente, eficaz, e holístico, e favorece o senso crítico no planejamento da assistência, que passa a ter mais qualidade pelo embasamento técnico-científico (OLEGÁRIO; FERNANDES; MEDEIROS, 2015).

Uma expressiva parcela da sociedade é representada por mulheres nessa fase da vida. Os dados obtidos no Sistema de Informações sobre nascidos Vivos (SINASC) registra aproximadamente 3 milhões de partos no Brasil no ano de 2019 (DATASUS, 2019). Sendo essencial o direcionamento de estudos que norteiam uma assistência de qualidade e que atenda as particularidades desse público.

Pesquisas nesse âmbito contribuem no direcionamento de ações de cuidados individualizadas para responder às necessidades do binômio e os DE nesse público permitem

delinear a assistência abrangendo a mulher, o recém-nascido (RN) e a família (SILVA *et al.*, 2013). Para Olegário, Fernandes e Medeiros (2015) pesquisas que envolvam os DE, estabelecem a terminologia de enfermagem, facilitam o processo de trabalho em equipe, e confere autonomia, especificidade e competência para a(o) enfermeira(o).

Para Santos *et al.* (2020) a elaboração dos diagnósticos de enfermagem assim como das demais etapas do processo de enfermagem embasado na teoria da consecução do papel materno permite que o enfermeiro identifique fatores determinantes que envolve o tornar-se mãe, permitindo a elaboração de um plano de cuidado e intervenções que vão além da demanda clínica da puérpera. As autoras reiteram ainda quanto a necessidade de estudos com essa temática para direcionar as bases científicas da Enfermagem, com foco no fortalecimento e consolidação do cuidado prestado, da disciplina de Enfermagem e de melhores resultados na assistência a esse público específico (SANTOS *et al.*, 2020).

Diante do exposto e da escassez de estudos sobre DE voltados à puérpera e a Teoria descrita por Mercer, objetiva-se conhecer o perfil diagnóstico, fundamentado na Taxonomia II da NANDA-I (NANDA-I, 2018) e no referencial teórico de Ramona Mercer, de puérperas internadas em uma Unidade de Alojamento Conjunto de um hospital de ensino de Brasília.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral:

- Conhecer os diagnósticos de enfermagem das puérperas internadas em uma Unidade de Alojamento Conjunto (ALCON) de um Hospital de Ensino de Brasília, fundamentando no referencial teórico de Ramona Mercer e na Taxonomia II da NANDA-I (2018).

2.2. Objetivos específicos:

- Descrever o perfil sociodemográfico da amostra selecionada para o estudo;
- Levantar características clínicas e epidemiológicas da amostra selecionada para o estudo;
- Aplicar a Escala do Risco de Quedas de Morse, a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo e a Escala Verbal Numérica (EVN) para avaliação da dor, na amostra estudada;
- Determinar os Diagnósticos de Enfermagem presentes nas puérperas internadas no ALCON, segundo a Taxonomia II da NANDA-I;
- Listar e descrever as características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, condições associadas e população em risco, dos diagnósticos de enfermagem de prevalência superior a 40% na amostra estudada;
- Discutir os diagnósticos de enfermagem mais frequentes na amostra estudada;
- Relacionar os diagnósticos de enfermagem identificados com a Teoria da Construção do Papel Materno.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O puerpério

O termo *puerpério* origina-se do latim – *puer*, criança + *parus*, trazer à luz, se refere ao período que transcorre desde a dequitação, seu final não é bem definido, sendo descrito entre seis e oito semanas após o parto, durante o qual as alterações anatômicas e fisiológicas maternas ocorridas na gestação retornam ao seu estado pré-gravídico (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

Classifica-se o puerpério como imediato, período após a dequitação até o fim da segunda hora pós-parto; mediato, do início da terceira hora até o final de 10 dias após o parto; e tardio de 11 dias até o retorno da menstruação, ou 6 a 8 semanas nas lactantes (ZUGAIB, 2015). Havendo ainda uma discussão atual a respeito de um período correspondente ao primeiro ano após o parto, como o puerpério remoto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Durante o período gravídico o corpo da mulher sofre alterações fisiológicas em todos os seus sistemas (metabólico, cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, urinário, musculoesquelético, endócrino, tegumentar e hematológico), além da ocorrência de mudanças físicas (útero, tubas uterinas, ovários, vagina, vulva, períneo, mamas e abdome) e emocionais (ZUGAIB, 2015).

Os mecanismos fisiológicos adaptativos que ocorrem durante o puerpério tendem a ser menos complexos quando comparados aos da gestação, do ponto de vista fisiológico (ZUGAIB, 2015). Porém esse período é caracterizado por drásticas mudanças em todos os contextos da vida da mulher, no âmbito conjugal, familiar, social, profissional, cultural, entre outros, situações que associadas aos desconfortos, podem ser fonte importante de ansiedade e outros distúrbios (ZUGAIB, 2015).

3.2 Aspectos adaptativos do organismo materno no puerpério

A maioria das mudanças acontece ao longo do pós-parto imediato e do tardio, sendo que no primeiro é notável os fenômenos relacionados ao sistema reprodutor com eventos catabólicos e involutivos das estruturas hiperplasiadas e/ou hipertrofiadas pela gestação; e o

segundo é dotado de transições das outras estruturas, e da recuperação genital, com importante influência da lactação (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

No sistema endócrino, os níveis de estrogênio e progesterona muitos elevados no final da gestação sofrem uma queda imediata com a dequitação, ficando o primeiro em níveis muito baixos e o segundo indetectável (HOLANDA *et al.*, 2016). Nas primeiras duas a três semanas pós-parto as gonadotrofinas e os esteroides sexuais decaem para seus menores valores, enquanto a gonadotrofina coriônica humana (HCG) normaliza aos valores pré-gestacionais entre quatro a seis semanas (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017). A amamentação inibe a fertilidade pela elevação da prolactina, a qual permanece elevada, e pela inibição do hormônio foliculoestimulante (FSH) e do hormônio luteinizante (LH); caso a mulher não esteja amamentando, os baixos valores de LH e FSH começam a se elevar lentamente, logo na primeira semana após o parto (HOLANDA *et al.*, 2016; MONTENEGRO, REZENDE FILHO; 2017).

A elevação da temperatura materna em até 37,8°C logo após o parto é outra manifestação clínica esperada e pode perdurar até 12-24 horas, uma adaptação importante para o aquecimento do recém-nascido quando em contato pele a pele com sua genitora. Na apojadura, que acontece geralmente no 3º dia após o parto é comum também que ocorra a "febre do leite", estando associada ao calor excessivo das glândulas mamárias, e ao ingurgitamento mamário (MESTIERI; MENEGUETTE; MENEGUETTE, 2005; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

No sistema sanguíneo, observa-se ainda uma leucocitose acentuada que pode atingir 30.000/ µl resultante do trabalho de parto que perdura até uma semana, havendo predomínio de granulócitos, relativa linfopenia e eosinofilia absoluta, sem desvio para esquerda (ZUBAIB, 2015; CUNNINGHAM *et al.*, 2016). Tem-se a ascensão dos níveis de hemoglobina e hematócrito em relação à gestação. Outro ponto crucial é o risco de complicações tromboembólicas relacionadas aos fatores clínicos, especialmente à limitação da mobilização, e às alterações na coagulação sanguínea, a qual mantém relativo estado de hipercoagulabilidade, com elevados níveis de fibrinogênio plasmático, a velocidade de hemossedimentação também só regulariza entre a quinta e a sétima semana pós-parto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

A pressão arterial que durante a gestação acontece uma ínfima queda tende a retornar aos níveis normais; no sistema respiratório pode acontecer uma bradicardia transitória, e um sopro pulmonar geralmente está presente até o décimo dia, resultante da mudança topográfica do coração (ZUGAIB, 2015).

Em relação às mamas, única modificação que não retorna à conformação pré-gravídica, há a liberação do colostro durante a gestação até cerca de três à cinco dias após o parto, tem coloração amarelada e é rico em proteínas, anticorpos e células tímicas, promovendo uma proteção contra infecções ao recém-nascido (CUNNINGHAM *et al.*, 2016). Entre o 3º e o 5º dia a regulação hormonal que era endócrina passa a ser autócrina, havendo liberação do leite maduro, composto por proteínas, carboidratos, lipídios, sais minerais e vitaminas. Esse fenômeno é conhecido como apojadura, e observa-se aumento considerável das mamas, que ficam pesadas, congestionadas, quentes (pelo aumento do fluxo sanguíneo local), e muitas vezes dolorosas (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Quanto ao aparelho digestivo, com a saída do feto, as vísceras abdominais retornam a posição inicial (MESTIERI; MENEGUETTE; MENEGUETTE, 2005). É comum o retardo da primeira evacuação, pelo relaxamento da musculatura da parede abdominal e perineal, assim como pelo desconforto em caso de lesões perineais, cicatriz cirúrgica, e presença de doença hemorroidária (ZUGAIB, 2015).

O momento seguinte à dequitação é conhecido como período de Greenberg, no qual a atenção direciona à contração e sangramento uterino na perspectiva de prevenir a hemorragia pós-parto. Alguns mecanismos estão envolvidos nesse processo, a miotamponagem, intensa contração uterina que oclui os vasos sanguíneos periféricos, e contém a vazão dos vasos mais calibrosos, formando o globo de segurança de Pinard. Na sequência tem-se a trombotamponagem, na qual são formados trombos que obstruem os grandes vasos da circulação uteroplacentárias, e conseqüentemente a ferida placentária (BRASIL, 2001). E a indiferença miouterina, em que o útero passa por momentos de contração e relaxamento, aumentando o risco de hemorragia, para enfim alcançar a contração fixa, após aproximadamente uma hora do término da dequitação (BRASIL, 2001; MESTIERI; MENEGUETTE; MENEGUETTE, 2005). Durante esse processo é comum a mulher sentir dor abdominal do tipo cólica, esse desconforto se mantém na primeira semana, mas nesse período está associado à liberação de ocitocina secundária à sucção mamilar na amamentação,

responsável pela ejeção do leite e também pela contração uterina (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

Na Tabela 1 encontra-se uma síntese, com os principais fenômenos fisiológicos de involução e recuperação do sistema reprodutor feminino após o parto.

Tabela 1- Síntese dos fenômenos fisiológicos de involução e recuperação do sistema reprodutor feminino após o parto.

	1° ao 10° dia pós-parto	10° ao 45° dia pós-parto
Vagina	Progressiva atrofia do epitélio escamoso de revestimento, independentemente da lactação	Por volta do 15° dia, o processo de descamação alcança seu máximo, seguido pelas primeiras manifestações regenerativas. A partir do 25° dia, o processo regenerativo é distinto conforme a amamentação. Entre as mulheres que não amamentam há uma aceleração dos processos que culminam com um epitélio eutrófico, enquanto nas mulheres que amamentam observa-se um epitélio vaginal subtrófico.
Útero		
Corpo	Logo após o parto, encontra-se pouco acima da cicatriz umbilical. Então, sofre acelerado processo involutivo entre o 3° e o 10° dia, quando então reassume sua localização intrapélvica.	Persiste o processo involutivo, embora lentamente, sem que o útero alcance as proporções encontradas entre as nulíparas.
Istmo	Também cursa com processo de contração e retração, porém sem a intensidade do corpo uterino.	Ao final do processo involutivo, o istmo uterino é raramente distinguível entre a cérvix e o corpo uterino

Cérvice	A cérvice persiste permeável a um ou dois dedos até o 3º dia pós-parto, e, por volta do 9º ou 10º dia, apenas o orifício externo encontra-se entreaberto	O orifício externo da cérvice, agora mais amplo e dilaniado nas porções laterais, apresenta-se em fenda transversal, caracterizando a paridade da mulher
Endométrio	Esse novo endométrio origina-se da proliferação das glândulas endometriais remanescentes e do estroma do tecido conjuntivo interglandular. É um processo rápido, exceção feita ao leito placentário, e, por volta de 1 semana pós-parto, já se identifica um novo epitélio glandular recobrando a maior parte da cavidade uterina	O processo de regeneração endometrial evolui e, a partir do 16º dia pós-parto, o endométrio em geral encontra-se plenamente recuperado.

Fonte: Adaptado de MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017.

Os lóquios referem-se à secreção vaginal pós-parto composta por fragmentos deciduais, células epiteliais descamadas, eritrócitos, bactérias, exsudatos e transudatos vaginais, apresenta odor forte e característico, com volume e aspecto influenciados por gradual redução do conteúdo hemático (CUNNINGHAM *et al.*, 2016). Classifica-se em quatro tipos: lóquios sanguíneos ou rubra, com considerável presença de sangue, é eliminado ao longo dos três ou quatro primeiros dias; lóquios serossanguíneos ou fusca, do 4º ao 10º dia, com diminuição do conteúdo sanguíneo; lóquios serosos ou flava, do 10º ao 21º dia, de coloração acastanhada; e lóquios alba, geralmente a partir do 21º dia pós-parto, apresenta secreção líquida reduzida com mais leucócitos, de coloração esbranquiçada à amarelada, o qual se mantém até 4-8 semanas (CUNNINGHAM *et al.*, 2016; MONTENEGRO, REZENDE FILHO; 2017).

No sistema urinário, os ureteres e pelves renais que estavam dilatados na gestação retornam ao estado pré-gestacional entre 2 e 8 semanas, é comum também a presença de disfunção vesical, especialmente em partos vaginais cujos primeiro e segundo estágios foram prolongados, cesarianas, assim como em nulíparas e partos instrumentais. A maior capacidade vesical, o uso de medicações ou cateterismo vesicais, e algum grau de trauma vesical ou no nervo pudendo podem levar à sobredistensão, o esvaziamento incompleto e a excessiva quantidade de urina residual (MONTENEGRO, REZENDE FILHO; 2017).

No que concerne ao peso, espera-se que com a saída do bebê e da placenta, a mulher perca em média 6 kg, e nos dez primeiros dias seguintes com a diurese, a secreção láctea e a eliminação loquial estima-se uma perda de mais 2 a 7 kg a depender da estrutura e metabolismo de cada mulher (MESTIERI; MENEGUETTE; MENEGUETTE, 2005; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

A avaliação física de uma mulher no puerpério fisiológico deve ser mais rigorosa nas primeiras duas horas após o parto pelo risco de hemorragia. Após esse período deve ser feita em intervalos regulares, aferindo a pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, temperatura, nível de dor; avaliação da coloração da pele e mucosas; exame minucioso das mamas; palpação abdominal visando observar a contração e involução uterina, trato urinário, região perineal e membros inferiores, este último com ênfase quanto a presença de edemas ou sinais sugestivos de trombozes (ZUGAIB, 2015).

Na avaliação da involução uterina, uma das avaliações mais importantes do puerpério, espera-se que em 24 horas o fundo de útero esteja na altura da cicatriz umbilical, após uma semana entre a cicatriz umbilical e a sínfise púbica, não sendo mais palpável no abdome em duas semanas, e retornando ao seu tamanho pré-gestacional após 8 semanas (ZUGAIB, 2015). Quanto ao sangramento uterino, avalia-se os lóquios quanto a quantidade, características, odor e evolução esperada (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

Outro ponto que merece destaque é a avaliação perineal e da cicatriz cirúrgica em caso de cesariana, causas de muitas queixas algicas no pós-parto, principalmente nos primeiros dias. Ambos devem ser examinados quanto ao processo de cicatrização fisiológico, e a presença de hematomas, deiscência e infecção (ZUGAIB, 2015; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Além da parte física, é essencial a avaliação dos aspectos psíquicos e sociais das mulheres, questões como: a vivência da maternidade, mudança na sexualidade, auto estima, reorganização da vida pessoal, familiar e social e violência materna, muitas vezes são tratadas como secundárias, pela puérpera e pelos profissionais, em virtude dos cuidados ao recém-nascido (BRASIL, 2016; CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

O puerpério é carregado de sentimentos ambivalentes como o medo, frustração, ansiedade, e incapacidade, mesmo que a mulher tenha alegria pela chegada do filho, esses sentimentos oscilam ao longo das semanas, sofrendo influência das oscilações hormonais bruscas e das mudanças adaptativas (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

O *blues* puerperal ou *baby blues*, é um brando estado depressivo e transitório, que ocorre em cerca de 70 a 90% das mulheres, muito associado às mudanças cotidianas, e às perdas vividas pela mulher nessa fase transitória da vida, nota-se crises de choro, instabilidade emocional e intensas mudanças de humor que perduram por até duas semanas após o parto (BRASIL, 2016).

A depressão pós-parto por sua vez relaciona-se a um transtorno de humor que pode iniciar ainda na gestação ou nas primeiras seis semanas após o parto, podendo persistir por um ano ou mais. Estima-se sua ocorrência em até 40% das puérperas brasileiras, por se tratar de um estado mais grave e de difícil manejo, representa um sério problema de saúde pública, entrando nas estatísticas de causas de morbidade materna com deletérias consequências para a mulher e para a criança (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Sabe-se que mulheres solteiras, desprovidas de suporte social, desfavorecidas economicamente ou com históricos de agravos psiquiátricos pessoais ou familiares estão mais propensas a desenvolver a depressão pós-parto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017). Nesse contexto, é necessário que se reconheça as situações de vulnerabilidade física, psíquica e sociais do binômio mãe-bebê e que se utilize a Rede de Atenção à Saúde para enfrentá-las. Ao longo do tempo foram desenvolvidas diversas estratégias de saúde com o intuito de melhorar a atenção ao binômio, entre elas a criação da Rede Cegonha, pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

O acompanhamento das puérperas deve ser realizado de forma integral, considerando durante o planejamento do cuidado todos os aspectos de vida da mulher, respeitando suas

modificações anatomofisiológicas, psicológicas, emocionais e psicossociais (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016). Além disso, o envolvimento de uma equipe multiprofissional com psicólogos, psiquiatras, obstetras, enfermeiro, fisioterapeuta, e assistentes sociais na atenção ao puerpério é fundamental (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

3.3 Diagnósticos de Enfermagem

O enfermeiro possui um papel fundamental no atendimento a puérpera, prestando cuidados logo nos primeiros dias pós-parto. As consultas de enfermagem no período puerperal devem ser realizadas de forma sistematizada, seguindo a Resolução COFEN 358/2009, que preconiza o uso do Processo de Enfermagem (PE), entretanto, na prática clínica, esta não é uma realidade observada em grande parte dos casos (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA, 2015).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é fundamental no trabalho da(o) enfermeira(o), e cada vez mais se faz necessário introduzi-la na prática assistencial para fornecer um atendimento integral, avaliando o cliente como um todo. Além de direcionar o profissional na utilização de conhecimentos teóricos e científicos associando-os à prática clínica, também resulta em uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados (OLEGÁRIO; FERNANDES; MEDEIROS, 2015).

De acordo com a Resolução n° 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) o processo de enfermagem “é dividido em cinco etapas inter-relacionadas, sendo: I- Coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem; II- Diagnóstico de enfermagem; III- Planejamento de Enfermagem; IV- Implementação; e V- Avaliação de enfermagem” (COFEN, 2009). Todas as etapas são dinâmicas e interativas entre si, para que o processo de enfermagem aconteça a primeira etapa é essencial, sendo realizada a partir de entrevista e exame físico minucioso, na qual é possível determinar a condição de saúde do cliente. O DE, segunda etapa do processo de enfermagem requer uma formulação de um rótulo diagnóstico a partir de um raciocínio crítico e de uma visão ampliada (SANTOS, 2014).

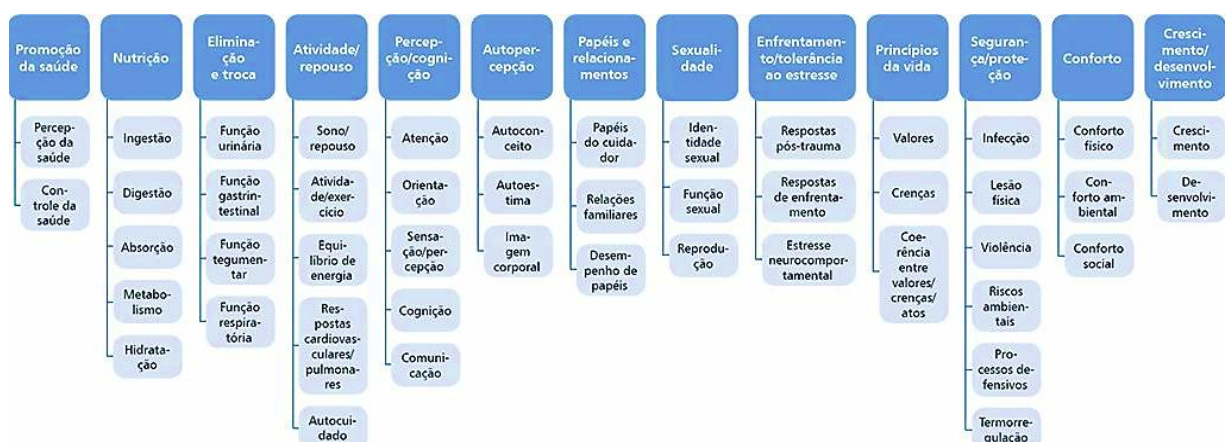
O DE tem representado uma das mais importantes fontes de conhecimentos científico e específico de enfermagem, permitindo que sejam identificadas, com acurácia, as respostas dos pacientes (SANTOS, 2014). Constituem um facilitador para o desenvolvimento,

aperfeiçoamento, disseminação e utilização de terminologia padronizada. Para tanto, foram desenvolvidas classificações diagnósticas com o intuito de padronizar as informações. Dentre os diferentes sistemas de classificação, uma das principais taxonomias diagnósticas é a da *NANDA International*, de abrangência mundial. Trata-se de uma organização profissional de enfermeiros para o desenvolvimento da terminologia de diagnósticos de enfermagem (NANDA-I, 2018).

É de suma importância diferenciar aqui a taxonomia da terminologia, enquanto essa última corresponde a um sistema de termos especializados, a primeira representa a técnica usada para criar um sistema com que classificar esses termos especializados. NANDA-I (2018) define taxonomia como “uma ordenação sistemática de fenômenos/julgamentos clínicos, que define os conhecimentos da disciplina de enfermagem”, sendo uma estrutura classificatória para auxiliar na organização dos conceitos referentes à prática de enfermagem.

A Taxonomia II da NANDA-I é composta por 244 diagnósticos de enfermagem, categorizados em três subtipos: Diagnósticos com foco no problema, de risco e de promoção da saúde (NANDA-I, 2018). E são subdivididos em treze domínios (esferas do conhecimento) conforme a Figura 1: 1- Promoção da saúde; 2- Nutrição; 3- Eliminação e troca; 4- Atividade/Repouso; 5- Percepção/Cognição; 6- Autopercepção; 7- Papéis e relacionamentos; 8- Sexualidade; 9- Enfrentamento/Tolerância ao estresse; 10- Princípios da vida; 11- Segurança/Proteção; 12- Conforto; 13- Crescimento/Desenvolvimento (NANDA-I, 2018).

Figura 1 – Domínios e as classes da Taxonomia II da NANDA-I



Fonte: NANDA-I (2018, p. 76)

A definição de diagnóstico de enfermagem para NANDA-I (2018) é “um julgamento clínico sobre a resposta humana a condições de saúde/processos de vida ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade”. O levantamento de cada diagnóstico envolve uma série de etapas, sendo a avaliação e a coleta de dados essenciais para uma boa acurácia, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2 - Etapas entre a avaliação do paciente e o diagnóstico



Fonte: NANDA-I (2018, p. 39)

Os DE possuem uma definição clara e um título elaborado na maioria deles em duas partes, uma que corresponde ao descritor (modificador) e a outra que corresponde ao foco

(conceito-chave); sua identificação também necessita de “indicadores diagnósticos”, dados que embasam seu levantamento e o distingue de outros diagnósticos (NANDA-I, 2018).

Tais indicadores correspondem às características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, condições associadas e população em risco. As características definidoras são “indicadores/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico com foco no problema, de promoção da saúde ou de síndrome” (NANDA-I, 2018, p. 133). Já os fatores relacionados “podem ser descritos como antecedentes, associados, relacionados, contribuintes ou estimulantes” (NANDA-I, 2018, p. 134).

Os fatores de risco por sua vez são definidos como “fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de indivíduos, família, grupo ou comunidade a um evento não saudável (p. ex., ambiental, psicológico, genético)” (NANDA-I, 2018, p. 134).

Para NANDA-I (2018) “as condições associadas são diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos. Essas condições não são independentemente modificáveis pelo enfermeiro, embora possam dar apoio à precisão nos diagnósticos de enfermagem” (NANDA-I, 2018, p. 24).

Define-se populações em risco, segundo NANDA-I (2018), como: “grupos de pessoas que partilham alguma característica que faz cada membro ser suscetível a determinada resposta humana, como características demográficas, história de saúde/familiar, estágios de crescimento/desenvolvimento ou exposição a determinados eventos/experiências” (NANDA-I, 2018, p. 24).

A partir do exposto, nota-se que o DE é baseado em evidências e possibilita a descrição dos reais problemas/potencialidades do cliente, da família e/ou da comunidade, incluindo as dimensões sociais, psicológica e espiritual (NANDA-I, 2018).

Para Alvarenga *et al.* (2018) estudos baseados no levantamento dos DE no puerpério contribui para a otimização da aplicação do processo de enfermagem, pela investigação minuciosa já realizada e a descrição dos principais achados dessa clientela, trazendo mais acurácia aos cuidados propostos e com melhores resultados de saúde, além de reduzir o tempo dispendido pelo enfermeiro no seu processo de trabalho. Os autores acrescentam ainda uma contribuição para o planejamento de ações de enfermagem direcionadas ao binômio nos

setores de alojamento conjunto; e em nível mais abrangente, na redução da lacuna na literatura de enfermagem a respeito dos diagnósticos de enfermagem (ALVARENGA *et al.*, 2018).

Para Santos (2014) a aplicação do processo de enfermagem é necessária para que a(o) enfermeira(o) possa promover um cuidado amplo, visando o indivíduo em sua totalidade e intervindo em todos os campos. A autora reitera a essencialidade da adoção de uma metodologia embasada no conhecimento científico para planejar os cuidados (SANTOS, 2014).

A decisão de adotar a sistematização se situa no significado que o processo tem para o profissional de enfermagem, e não apenas nos fatores externos organizacionais ou administrativos. Permite o norteamento dos cuidados prestados, direcionamento das tomadas de decisões e a garantia de realização de uma atividade que, de fato, é de competência e responsabilidade do enfermeiro (MENDES; BASTOS, 2003). Ressalta-se, que diagnóstico de enfermagem tem representado uma das mais importantes fontes de conhecimentos científico e específico de enfermagem, permitindo que sejam identificadas, com acurácia, as respostas dos pacientes (SANTOS, 2014).

Medeiros *et al.* (2016) ao estudar mulheres no ciclo parturitivo-puerperal destaca a predominância de diagnósticos elaborados nas categorias de necessidades psicobiológicas, associando esse fator às mudanças fisiológicas ocorridas nesse público. Destacam ainda a importância da(o) enfermeira(o) intervir com foco na adaptação da mulher a esse período, valorizando as esferas emocionais, sociais e espirituais (MEDEIROS *et al.*, 2016). Para Graça (2010) “os processos de adaptação aos acontecimentos de vida constituem-se como foco de atenção da Enfermagem, onde se incluem processos normativos, quer do ciclo vital do indivíduo, quer da família, onde se inclui a transição para a maternidade”.

O ato de cuidar deve visar a independência do cliente, para que tenha controle sobre as situações, e as intervenções de enfermagem devem ser pautadas no respeito da autonomia e nas opções do cliente (GRAÇA, 2010). O autor reitera que o cuidado “sendo culturalmente sensível, deve respeitar os valores, as crenças e os estilos de vida” (GRAÇA, 2010).

Diante desse contexto, a elaboração dos DE a partir da taxonomia da NANDA-I possui extrema relevância para a prática clínica de enfermagem e atende todas as esferas do cuidado.

Juntamente com as demais etapas do processo de enfermagem permite uma assistência contínua e com uma riqueza de aprofundamento nas reais necessidades desse período da vida das mulheres. Contribuindo para: a recuperação física da puérpera, a adaptação da sua vida após a chegada do bebê, cuidados com o bebê, amamentação, planejamento familiar, atividade sexual, avaliação psicoemocional e a vigilância da violência materna, além de oferecer acolhimento humanizado e uma escuta qualificada (BRASIL, 2011; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

3.4 Enfermagem e a Teoria de Ramona Mercer

3.4.1 Ramona Mercer

Ramona Thieme Mercer, nasceu em 04 de outubro de 1929, realizou graduação em enfermagem em 1950 pela *St. Margaret's Schools of Nursing* em Montgomery, em Alabama. Em 1964, se tornou Mestre em enfermagem materno-infantil pela *Emory University* e concluiu o doutoramento em enfermagem de maternidade na Universidade de Pittsburg, em 1973 (MEIGHAN, 2017).

Atuou como enfermeira prestadora de cuidados e enfermeira-chefe nas áreas de pediatria, obstetrícia e doenças contagiosas. Atuou como docente por 25 anos no Departamento de *Family Health Care Nursing* da Universidade da Califórnia, em São Francisco (MEIGHAN, 2017).

Em 1963 recebeu o “*Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Nurse Trainee Award*” na Emory University e foi indicada para o Sigma Theta Tau. Em 1982, recebeu o prêmio “*Maternal Child Health Nurse of the Year Award*” pela *National Foundation of the March of Dimes* e a *American Nurses Association, Division of Maternal Child Health Practice*. Em 1984, recebeu o prêmio “*Fourth Annual Helen Nahm Lecturer Award*” pela Universidade da Califórnia em São Francisco (MEIGHAN, 2017).

Possui autoria de seis livros, seis capítulos de livros, diversos artigos e editoriais. Entre eles destaca-se *Becoming a Mother: Research on Maternal Role Identity Since Rubin* publicado em 1995 e *Nursing Care for Parents at Risk* publicado em 1977. E entre os anos de 1983 a 1990, foi editora associada de *Health Care for Women International* (MEIGHAN, 2017).

Em sua trajetória profissional Mercer foi membro de sete organizações profissionais, incluindo a *American Nurses Association* e a *American Academy of Nursing*. Atualmente é Professora Emérita de *Family Health Nursing* na Universidade da Califórnia, em São Francisco e está envolvida em palestras e consultorias (MEIGHAN, 2017).

3.4.2 Modelo Conceitual de Mercer e a Teoria da Consecução do Papel Materno

A partir da sua atuação na área materno-infantil e da inquietação frente a inúmeras investigações, associado à inspiração pela sua professora mentora Reva Rubin na Universidade de Pittsburgh, a qual atuava também na referida área, Mercer centrou sua atenção nos comportamentos e nas necessidades das puérperas que estavam amamentando, com agravos pós-parto e em gestantes de crianças com deficiência. Além disso, estendeu-se para estudos relacionados às relações familiares, estresse anteparto e sua influência sobre as relações familiares e papel materno, competência parental, e desempenho do papel materno por mães de diferentes idades (MERCER 2004; MEIGHAN, 2017).

A partir desses processos de observação e investigação, descreveu a “Teoria da Consecução do Papel Materno” e sua estrutura para estudar as variáveis com impacto no papel materno, melhor descrito em seu sexto livro. Trata-se de uma teoria de médio alcance descrita pela primeira vez em 1991. Essas teorias possuem um número limitado de conceitos e geralmente são de âmbito restrito, tendo algum grau de generalização mas dentro do cenário de especialização (MERCER, 2004).

3.4.3 Principais conceitos

Os principais conceitos e suas respectivas definições da teoria da Consecução do Papel Materno de Mercer, encontram-se descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Principais conceitos e definições da Teoria de Ramona Mercer.

Conceito	Definição
Consecução do papel materno	Construção de uma identidade maternal
Idade Materna	Cronológica e de desenvolvimento

Percepção da experiência do nascimento	Percepção da mulher quanto ao seu desempenho durante o trabalho de parto e nascimento
Separação materno-infantil precoce	Separação entre mãe e bebê após o nascimento devido a doença e/ou prematuridade
Autoestima	Percepção do indivíduo sobre a forma como os outros o veem e a autoaceitação das percepções
Autoconceito	Percepção global de si próprio, incluindo a autossatisfação, a autoaceitação, a autoestima e a relação entre o próprio e o ideal de si mesmo
Flexibilidade	Os papéis não estão rigidamente fixados, há flexibilidade das posturas na educação da criança e ver a situação na sua unicidade
Posturas na educação da criança	Posturas ou crenças maternas acerca da educação da criança
Estado de saúde	Percepção que a mãe e o pai tem em relação a sua saúde anterior e atual, além da perspectiva de saúde, resistência-susceptibilidade à doença, preocupação com a saúde, orientação da doença e rejeição do papel de doente
Ansiedade	Particular predisposição para entender as situações geradoras de estresse como perigosas ou ameaçadoras
Depressão	Conjunto de sintomas de depressão, componente afetivo do estado de espírito depressivo
Tensão do papel	Conflito e dificuldade sentida pela mulher no cumprimento da obrigação do papel materno
Satisfação	Sentido que a mulher experimenta na interação com seu filho e no cumprimento das habituais tarefas inerentes à maternidade
Ligação	Processo no qual se forma um compromisso afetivo e emocional duradouro
Temperamento da criança	Relacionado a pistas de difícil interpretação da criança, conduzindo a sentimentos de incompetência e frustração na mãe
Estado de saúde da criança	Doença que provoca a separação materno-infantil e que interfere no processo de ligação
Características da criança	Temperamento, aparência e estado de saúde
Família	Sistema dinâmico que inclui subsistemas individuais (mãe, pai, feto/criança) e subsistemas díades (mãe-pai, mãe-feto/criança e pai-

	feto/criança) dentro do sistema familiar global
Funcionamento da família	Visão do indivíduo acerca das atividades e relações entre a família e seus subsistemas e unidades sociais
Estresse	Eventos de vida e variáveis ambientais percebidos positivamente ou negativamente
Apoio social	Ajuda recebida e satisfação com essa ajuda e as pessoas que prestam ajuda.
Relação mãe-pai	Percepção da relação do casal que engloba os valores, objetivos e acordos reais e pretendidos entre os dois

Fonte: Adaptado de MEIGHAN, 2017.

No conceito de construção do papel materno, a identidade maternal acontece a partir do processo de interação e de desenvolvimento que ocorre ao longo do tempo durante o qual a mãe se liga ao seu filho, adquire competência nas tarefas de cuidados que o papel envolve e exprime o prazer e a satisfação do papel (MEIGHAN, 2017; D'AGOSTINI, 2019). Para Mercer (1986) envolve a mudança do estado pessoal da mãe, que experimenta um sentido de harmonia, confiança e competência na forma como desempenha o papel materno.

O conceito de apoio social, é dividido pelo teórica em quatro áreas: apoio emocional – sentir-se amada, cuidada, confiada e compreendida; apoio informativo - ajuda o indivíduo fornecendo-lhe informações úteis para lidar com o problema e/ou situação; apoio físico – corresponde à ajuda direta; e apoio de apreciação - permite que quem desempenha o papel se avalie em como está o desempenho do seu papel (MERCER, 1981; MERCER, et al 1986).

3.4.4 Metaparadigmas da Teoria

As teorias de enfermagem possuem quatro conceitos principais que fundamentam a prática da disciplina de Enfermagem: enfermagem, ambiente, saúde e pessoa, esse conjunto de conceitos são os metaparadigmas e podem variar conforme a teoria (D'AGOSTINI, 2019). Mercer em sua teoria define os quatro referidos metaparadigmas, os quais foram sintetizados na Tabela 3 de acordo com a descrição trazida por Meighan (2017).

Tabela 3 – Síntese da definição dos metaparadigmas da Teoria da Consecução do Papel Materno.

Conceito	Definição
Enfermagem	Ciência emergindo de “uma adolescência turbulenta para uma maioria”.
Pessoa	Refere-se ao <i>self</i> ou <i>core self</i> (independente dos papéis representados). A

mulher pode adquirir sua personalidade conforme explora seu *self* da díade mãe-filho pela individuação materna, sendo vista como pessoa independente mas que interage com o bebê, o pai ou outro parente.

Saúde A percepção que a mãe e o pai têm da sua saúde anterior, da atual, da perspectiva de saúde, da resistência/suscetibilidade à doença, da preocupação com a saúde, da orientação da doença e rejeição do papel de doente.

Ambiente Utiliza a definição de Bronfenbrenner de ambiente ecológico, “o desenvolvimento de um papel/pessoa não pode ser considerado independente do ambiente, existe uma acomodação mútua entre a pessoa em desenvolvimento e as propriedades em mudança dos cenários e os contextos mais vastos nos quais os cenários se incluem”.

Fonte: Própria autora, embasado em Meighan, 2017.

D’Agostini (2019) sintetiza tais conceitos como: enfermagem – aquele que promove saúde pela interação puérpera-enfermeiro; pessoa – caracterizada pelo *self*; saúde – percepção da pessoa sobre a doença; e ambiente – contexto onde a pessoa está inserida. A autora reitera que a consecução da identidade/papel materno acontece a partir dos conceitos metaparadigmáticos e da interação entre puérpera-enfermeiro (D’AGOSTINI, 2019).

Meighan (2017) acrescenta dentro de cada metaparadigma: as enfermeiras como profissionais de saúde com a “interação mais sustentada e intensa com mulheres no ciclo da maternidade” - Enfermagem; os conceitos de autoestima e de autoconfiança são importantes na consecução do papel materno - Pessoa; o estado de saúde influencia indiretamente sobre a satisfação das relações nas famílias com - Saúde; e as tensões dentro do ambiente influenciam a consecução tanto do papel materno como do paterno e da criança em desenvolvimento – Ambiente.

3.4.5 Pressupostos da Teoria

Para a consecução do papel materno, Mercer definiu os seguintes pressupostos:

1- Um núcleo de *self* (indivíduo) relativamente estável, adquirido através da socialização ao longo da vida, determina a forma como uma mãe define e aprende os eventos; as suas percepções das respostas dos seus filhos e dos outros à sua maternidade, são o verdadeiro mundo ao qual ela responde;

2- O nível de desenvolvimento e características inatas da personalidade da mãe influenciam suas respostas comportamentais;

3- O filho reflete a competência da mãe no seu papel materno ao longo do crescimento e desenvolvimento;

4- A criança é considerada um parceiro ativo no processo de desempenho do papel materno, afetando e sendo afetada pela concretização do papel;

5- O parceiro íntimo do pai ou da mãe contribui para a consecução do papel de uma forma que não pode ser duplicada por qualquer outra pessoa que ajude;

6- A identidade materna desenvolve com a ligação materna e cada uma depende da outra (RUBIN, 1977; MERCER, 1986; MERCER, *et al.* 1986; MEIGHAN, 2017).

3.4.6 Proposições da Teoria

1- O ambiente imediato no qual ocorre a consecução do papel materno é o microsistema, que inclui a família e fatores como o funcionamento da família, as relações mãe-pai, o apoio social e o estresse. As variáveis contidas no microsistema interagem com uma ou mais das outras variáveis na forma como afetam o papel materno. Enquanto indivíduo, a criança está incluída no sistema familiar. A família é vista como um sistema semifechado que mantém as fronteiras e o controle sobre a troca entre o sistema familiar e os outros sistemas sociais (MERCER, 1981; MEIGHAN, 2017). Exerce maior influência na consecução do papel materno, a qual é atingida a partir das interações do pai, da mãe e do bebê.

2- O mesossistema engloba, influencia e delimita o microsistema. A unidade mãe-bebê não está contida no mesossistema, mas o mesossistema pode determinar, em parte, o que acontece ao papel materno em desenvolvimento e à criança. Inclui a expansão familiar, a escola, o trabalho, a igreja e outras comunidades mais próximas da mãe (MEIGHAN, 2017).

3- O macrossistema refere-se aos aspectos gerais de uma determinada cultura, inclui as influências sociais, políticas e culturais sobre os outros dois sistemas, de onde origina o ambiente de cuidados de saúde e o impacto do sistema de cuidados (MEIGHAN, 2017).

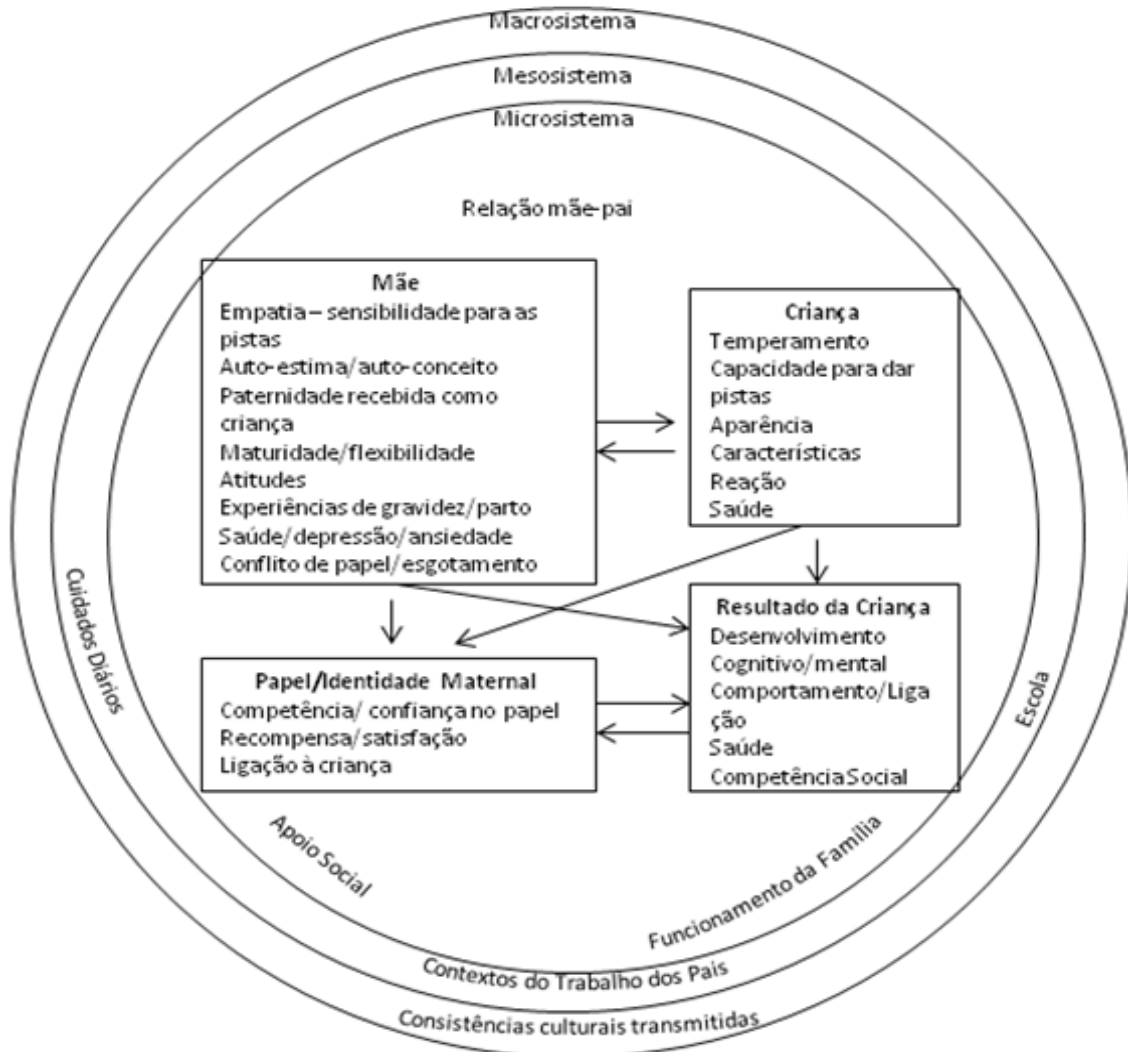
A Consecução do papel materno é um processo que segue quatro fases na aquisição do papel: **antecipatória**, desde o início da gravidez e engloba as adaptações sociais e emocionais; **formal**, inicia-se com o nascimento e tem foco na aprendizagem e desenvolvimento do papel materno; **informal**, a partir do momento em que a mulher lida com o novo papel e determina os melhores cuidados para o filho; e **a identidade pessoal ou materna**, a qual representa a nova identidade, com a internalização do papel adquirido, momento em que a mulher incorpora a maternidade com segurança e confiança (MERCER, 2004; MERCER; WALKER, 2006).

3.4.7 Representações gráficas

A teoria de Mercer propõe um modelo ilustrativo de consecução do papel materno, demonstrado na Figura 3. Esse modelo se baseia na Teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanffy. No qual é composto por círculos em ninho de Bronfenbrenner como abordagem dos sistemas gerais (VON BERTALANFFY, 1968; BRONFENBRENNER, 1979; MEIGHAN, 2017).

Este modelo é entendido como um processo interativo e evolutivo, que ocorre durante certo período de tempo, em que a mãe é envolvida em uma transformação dinâmica e uma evolução que impacta no seu papel materno (MERCER, 2004; ALVARADO; GUARIN; CAÑOM-MONTAÑEZ, 2011; MEIGHAN, 2017).

Figura 3 – Modelo de consecução do papel materno

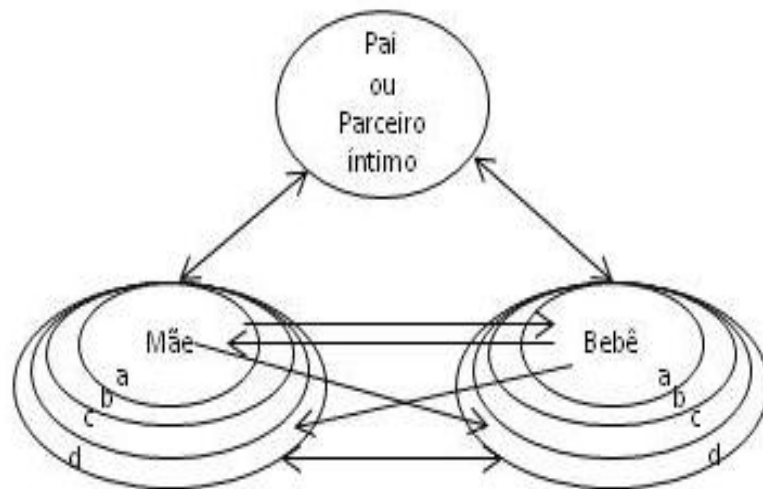


Fonte: traduzido de MEIGHAN, 2017.

Os círculos concêntricos de Bronfenbrenner são compostos por microssistema, mesossistema e o macrosistema. O microssistema se constitui no ambiente imediato onde produz a adoção do papel materno, que inclui a criança, o papel materno, família e fatores como o funcionamento familiar, conforme Figura 4 . A adoção do papel materno é alcançada no microssistema através de interações e relações entre pai, mãe e filho (MERCER, 2004; ALVARADO; GUARIN; CAÑOM-MONTAÑEZ, 2011; MEIGHAN, 2017).

O mesossistema influencia e interage com os componentes do microssistema. Inclui cuidados diários, escola, local de trabalho dos pais e outras entidades que estão na comunidade em que a família está inserida. As interações do mesossistema podem influenciar o que acontece para o desenvolvimento do papel materno e na criança. O macrosistema inclui influências sociais, políticas e culturais nos outros dois sistemas. O ambiente de cuidados de saúde e o impacto do atual sistema de saúde na adoção do papel materno origina o macrosistema (MEIGHAN, 2017; ALVARADO; GUARIN; CAÑOM-MONTAÑEZ, 2011; MERCER, 2004).

Figura 4- Microssistema dentro do modelo de consecução do papel materno



Fonte: Traduzido de MEIGHAN, 2017.

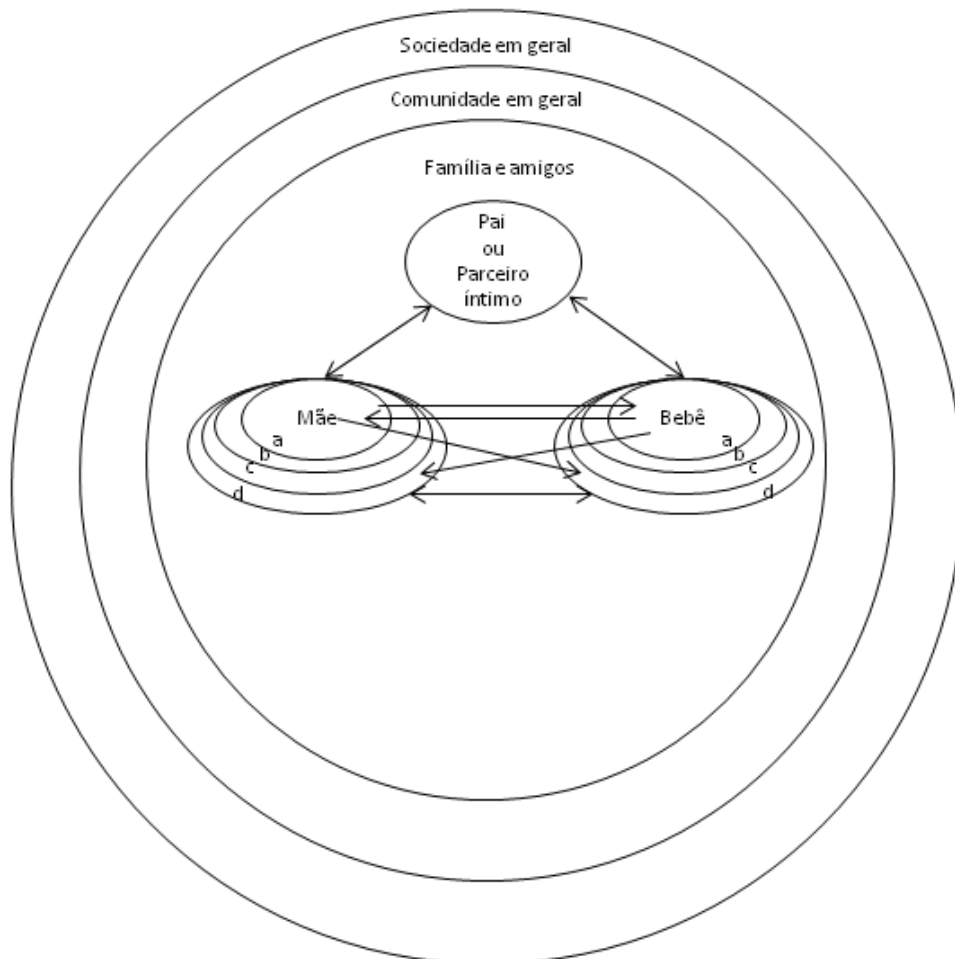
Segundo Mercer (2004) em 2003 a própria teórica realizou uma revisão de sua Teoria da consecução do papel materno com base em estudos contínuos da sua aplicação, onde propôs um novo termo “Tornar-se mãe”, o qual apresenta maior precisão no processo baseado na atualização do modelo, ilustrado na Figura 5.

Na sua revisão da teoria foi proposto mudanças nos nomes dos estágios de desenvolvimento do papel materno:

- a) Comprometimento e preparação (durante a gestação);
- b) Conhecimento, prática e restauração física (primeiras duas semanas);
- c) Aproximando-se da normatização (2ª semana a 4 meses);
- d) Integração da identidade materna (aproximadamente 4 meses).

Na revisão da sua teoria, o seu modelo gráfico passou por uma atualização onde continuou utilizando os modelos de círculos concêntricos de Bronfenbrenner de interação de ambientes ecológicos (microsistema, mesossistema e do macrosistema). No entanto ela renomeou para (família e amigos, comunidade e sociedade em geral) para refletir o ambiente de vida. O novo modelo coloca as interações entre mãe, bebê e o pai no centro dos ambientes (MEIGHAN, 2017; MERCER, 2004).

Figura 5 - Tornar-se mãe: uma revisão do modelo



Fonte: Traduzido de MEIGHAN, 2017.

As variáveis dentro do ambiente familiar e de amigos incluem apoio social, valores familiares e costumes culturais para os pais, funcionamento familiar e estressores. O ambiente da comunidade inclui creches, locais de culto, escolas, locais de trabalho, hospitais, instalações

recreativas e centros culturais. No ambiente mais amplo, na sociedade, as influências vem de leis que afetam mulheres e crianças, desenvolvendo a ciência reprodutiva e neonatal transmitindo consistências culturais e programas nacionais de saúde (MERCER, 2004).

3.4.8 Forma Lógica e aplicação prática

As teorias podem ser avaliadas pelo critério do desenvolvimento lógico, ou seja, as premissas têm que justificar as conclusões. Para tanto devem ser desenvolvidas e testáveis através de formas de raciocínio: raciocínio dedutivo (parte do geral para o particular); raciocínio indutivo (parte do particular para o geral); raciocínio hipotético dedutivo (utiliza a analogia para idealizar a teoria) (MEIGHAN, 2017).

Mercer utilizou a forma dedutiva e indutiva na sua investigação, no qual os trabalhos e investigações realizados por Rubin sobre a consecução do papel materno forneceram a base para o enquadramento de sua teoria. A forma indutiva foi utilizada pela prática e investigação, observou a adaptação à maternidade frente a doença materna, a uma criança com deficiência e o impacto dessa adaptação nesses contextos; e essa diversidade de cenários e contextos contribuíram para o desenvolvimento de sua teoria (MEIGHAN, 2017).

A teoria de Ramona Mercer é altamente orientada para a prática, permite sua aplicação no ensino facilitando a compreensão do discente diante do cuidado ao público materno-infantil, permite a validação e confronto do método científico com a prática, muitos conceitos dos textos de enfermagem na área materno-infantil baseiam-se na investigação de Mercer (ALVARADO; GUARIN; CAÑON-MONTAÑEZ, 2011).

Têm guiado também a prática na prestação de um cuidado mais completo, tanto a teoria quanto o modelo proposto, os quais permitem um planejamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem, promovendo uma assistência mais individualizada e completa. Os conceitos têm sido citados em muitos manuais de obstetrícia e também usado em outras disciplinas, abrangendo uma diversidade de público dentro do contexto materno-infantil, dessa forma tem rompido paradigmas no cuidado de enfermagem e tornando um pilar no trabalho de enfermagem (ALVARADO; GUARIN; CAÑON-MONTAÑEZ, 2011; MEIGHAN, 2017).

No campo da pesquisa, também tem sido alvo de investigação nos cursos de pós-graduação, fato incentivado e altamente estimulado por Mercer enquanto membro do comitê de teses e dissertações, na Universidade da Califórnia, em São Francisco. A teorista publicou inúmeros trabalhos comprovando a aplicação na prática e na pesquisa, o que tem tornando uma construção teórica segura (ALVARADO; GUARIN; CAÑON-MONTAÑEZ, 2011; MEIGHAN, 2017).

Em um estudo desenvolvido por Santos *et al.* (2017), consideraram que a abordagem dessa teoria é fundamental para o fortalecimento da epistemologia do cuidado ao recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, trazendo conceitos que justificam e fortalecem o protagonismo materno para o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho.

Outro estudo realizado em Portugal, as pesquisadoras entrevistaram 14 mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, com o objetivo de avaliar a transição para o papel materno nesse público, desde a gravidez até o primeiro ano de vida do filho (HENRIQUES; BOTELHO; CATARINO, 2015). Embasadas na teoria de Mercer, apontaram diversos fenômenos, tais como ambiente familiar instável, ausência do suporte de um companheiro, medo de alterações/malformações no bebê e da separação mãe-filho, culpa, entre outros. As implicações práticas deste estudo baseiam-se no conhecimento da transição para o papel materno neste público, e permeia o desenvolvimento de intervenções de enfermagem eficazes, com programas terapêuticos, projetos e cuidado significativo para eles, desde o pré-natal até a maternidade e ambientes comunitários (HENRIQUES; BOTELHO; CATARINO, 2015).

Em investigação realizada por Graça, Figueiredo e Carreira (2011) procuraram analisar o contributo de intervenções de enfermeiras na promoção da transição para a maternidade, em 134 primíparas no terceiro trimestre de gravidez, e no primeiro e sexto mês após o parto. Os autores evidenciaram que a escolaridade e a profissão, influenciam na relação conjugal, na imagem corporal e consecutivamente na vivência transitória para a maternidade. Em relação às intervenções de enfermagem aplicadas a transição para a maternidade, neste estudo não verificaram efeitos significativos, sugerindo melhora da prática com intervenções mais específicas e direcionamento às reais necessidades deste contexto (GRAÇA; FIGUEIREDO; CARREIRA, 2011).

Além desses estudos, a própria teórica publicou inúmeros outros expandindo a aplicação em diversos contextos, tais como: relacionando a experiência materna com o nascimento e a condição materna de risco; análise da competência paterna com base na experiência do nascimento e na condição de risco da gravidez; elaboração e testagem de um modelo causal para prever as relações conjugais na gravidez de alto e baixo risco; incluindo em seu modelo e teoria a importância do pai na consecução do papel materno. A aplicação e experimentação contínua dessa teoria se torna ainda necessária, visto os inúmeros cenários e situações perinatais deste público geral, e para além do primeiro ano de pós-parto (MEIGHAN, 2017; D'AGOSTINI, 2019; SANTOS *et al.*, 2020).

Segundo Meighan (2017) a referida teoria possui clareza, os conceitos são descritos e implícitos, assim como os pressupostos e objetivos estão organizados de forma compreensível, e são inter-relacionados entre si, e as definições funcionais e teóricas são consistentes. A troca de alguns termos e classificações usadas para identificar conceitos, tais como adaptação e consecução, apoio social e rede de apoio, podem gerar alguma confusão inicial no leitor, porém foram realizadas para melhor representação após a atualização (SOUSA *et al.*, 2013; MEIGHAN, 2017). Para Sousa *et al.* (2013) “a teoria se apresenta com conceitos sólidos, bem definidos (seja específica ou genericamente), os quais se mostram inter-relacionados e convergindo para o resultado final, que é o da adoção ou consecução do papel materno”.

Apresenta simplicidade, apesar dos diversos conceitos e uma vasta investigação para a definição e sustentação que culminam num certo nível de complexidade e abstração, o cuidado na descrição permite uma fácil compreensão, orientação prática e dificilmente leva à má interpretação (MEIGHAN, 2017). A teoria de Mercer guia a prática na prestação de um cuidado mais completo, permitindo o planejamento, a implementação e avaliação dos cuidados de Enfermagem de forma completa e individualizada (SANTOS *et al.*, 2020).

Apesar de se tratar de uma teoria direcionada para a enfermagem materno-infantil, é passível de generalização a todas as mulheres durante a gravidez e ao longo do primeiro ano após o nascimento, independentemente da idade, paridade, ambiente ou contexto social. Como citado em alguns estudos nas aplicações práticas, atende diversos contextos de desenvolvimento e situacionais, sendo útil tanto para o estudo como para o trabalho com os membros da família (SOUSA *et al.*, 2013; MEIGHAN, 2017; SANTOS *et al.* 2020).

A precisão empírica está presente nesta teoria, os conceitos definidos, os pressupostos e as relações foram baseadas em uma delicada observação empírica, assim como os vários estudos realizados demonstrando a experimentação e as mudanças propostas pela própria Mercer na intenção de expansão e descrição da sua teoria (MEIGHAN, 2017). Para Sousa *et al.* (2013) evidencia-se na referida teoria uma densidade e aplicabilidade às diversas situações que o contexto materno-infantil se apresenta.

Em relação as consequências deriváveis, essa teoria tem grande importância, provando ser útil, prática e valiosa para a enfermagem, sendo utilizada na pesquisa, no ensino e na prática assistencial. Assim como em outras disciplinas como as ciências sociais, psicológicas e biológicas, as quais a teorista utilizou para melhor descrição da teoria. Desta forma possui forte implicação para a enfermagem por orientar a prática, gerando novos conhecimentos, e qualificando o cuidado prestado (MEIGHAN, 2017). Sousa *et al.* (2013) reitera que a relação entre teórico-prática presente nessa teoria é bidirecional, resultando em um aperfeiçoamento da prática, e uma renovação teórica a qual adquire novas diretrizes, havendo essa relação contínua e necessária (SOUSA *et al.*, 2013).

No âmbito da enfermagem, o desenvolvimento do conhecimento enquanto disciplina e a otimização da qualidade do cuidado se fazem necessários, Graça (2010) destaca “o desafio para a profissão e para a ciência é a integração entre a teoria, a investigação e a prática, devendo o pensamento teórico atravessar todas as funções que as enfermeiras desempenham”. Neste sentido nota-se a importância de o processo de enfermagem estar fundamentado em um referencial teórico, o qual fornece as bases teóricas fundamentais para o um cuidado científico e individualizado.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. Desenho

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, e com delineamento transversal. O método descritivo é utilizado para caracterizar um objeto de estudo, indicando sobre a distribuição de um evento em determinada população; e em termos quantitativos, permite mensurar e apresentar dados referentes às opiniões e informações em números, pelo uso de técnicas estatísticas. O delineamento transversal é apropriado para descrever a situação e as relações com o fenômeno em um ponto do tempo, se caracteriza por uma única avaliação. (PRODANOV; FREITAS, 2013). Para este estudo detalhou-se as características da população

estudada pela descrição do seu perfil sociodemográfico e clínico, e dos diagnósticos de enfermagem.

4.2. Pergunta norteadora

A relevância científica da pesquisa realizada está no fato de conhecer as inferências diagnósticas das puérperas, repercutindo na saúde não só da mulher, mas do recém-nascido e da família. Conhecer os diagnósticos de enfermagem apresentados por essa clientela específica gera informações para o desenvolvimento de inúmeros trabalhos que favoreçam a implementação do processo de enfermagem na assistência prestada, valorizando assim todos os aspectos da prática de enfermagem, desde a obtenção de um cuidado direcionado e completo, à autonomia profissional e garantia de uma documentação precisa para favorecer recursos de insumos e de pessoal (NANDA-I, 2018).

O questionamento que delineou a problemática discutida e analisada neste estudo foi: Quais os diagnósticos de enfermagem, e seus respectivos fatores relacionados, características definidoras, fatores de risco, condições associadas e população em risco mais frequentes e relevantes em puérperas internadas em um Alojamento Conjunto, à luz da teoria da Consecução do Papel Materno?

4.3. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no setor de Alojamento Conjunto de um Hospital Universitário de Brasília (HUB), situado em Brasília, Distrito Federal (DF). Trata-se de uma instituição pública federal vinculada à Universidade de Brasília (UnB), conveniada à Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), e integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) desde 2013. Foi certificado como hospital de ensino em 2005, sendo campo de prática, em estágios e programas de residência médica e multiprofissional, para estudantes de graduação e de pós-graduação (EBSERH, 2020a).

Dentre as inúmeras especialidades oferecidas nessa instituição, está o pronto atendimento em ginecologia e obstetrícia, o qual atua como referência e retaguarda para os demais serviços obstétricos do DF nos atendimentos de baixo e alto risco gestacional, atende ainda sob demanda espontânea pacientes de alto risco do ambulatório do HUB-UnB e gestantes indígenas. O alojamento conjunto por sua vez destina-se a internação desse público,

ou seja, gestantes, pacientes em pós-parto e seus recém-nascidos; funciona 24 horas, e a assistência é prestada por uma equipe multiprofissional que conta com médicos, enfermeiras, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais (EBSERH, 2019).

A estrutura física conta com 10 enfermarias, e totalizam 33 leitos para gestantes que necessitem de internação e puérperas, a média de nascimentos por mês no centro obstétrico e consequentemente de internação dessas puérperas na referida unidade é de 146.

4.4. População e amostragem

4.4.1. Critérios de elegibilidade:

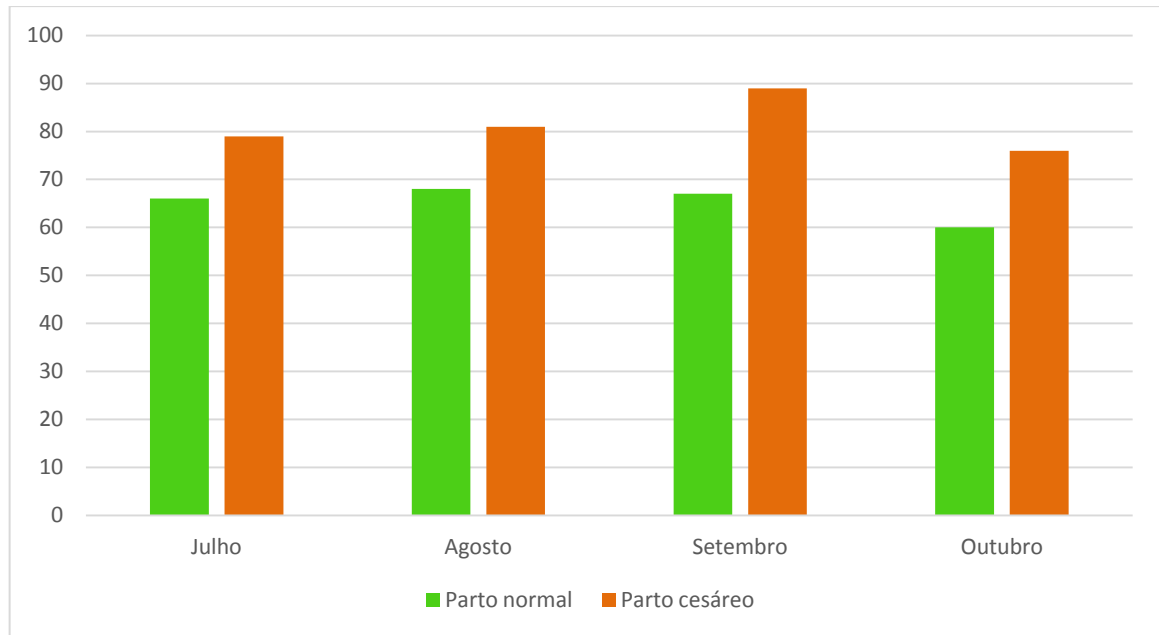
Os critérios de inclusão foram: mulheres com idade superior à 18 anos; que estivessem até o 3º dia de puerpério mediato, com criança viva, com parto entre 34 e 42 semanas de gestação; e com capacidade para entender e responder às questões, estando fisicamente e mentalmente capaz de participar da entrevista e do exame físico.

Foram critérios de exclusão mulheres que tiveram gestação gemelar ou múltipla; e puérperas cujos filhos estivessem internados na unidade de terapia intensiva neonatal.

4.4.2. Estudo de fluxo e amostragem

Realizou-se um estudo prévio de fluxo no setor para estimar o quantitativo de partos assistidos no centro obstétrico e consequente internação na unidade de alojamento conjunto, bem como, caracterizar a público quanto à via de parto. Tal levantamento foi embasado nos livros de registros da unidade, e a partir dos dados levantados durante quatro meses (1º de julho à 31 de outubro de 2019). Nesse período, houve registro de 145 partos no mês de julho de 2019, 149 em agosto, 156 em setembro e 136 em outubro, no Gráfico 1 estão representados os números de acordo com o tipo de parto.

Gráfico 1 – Número de puérperas que tiveram partos normais e cesáreos internadas no setor de alojamento conjunto, no período de julho à outubro de 2019.



Fonte: Arquivo interno Hospital Universitário de Brasília, 2020.

A partir do estudo preliminar dos dados obtidos nos registros de internação do setor, considerou-se a seleção por amostragem probabilística, sendo utilizado o software R[®] versão 4.0 e a fórmula abaixo para o cálculo amostral:

$$n_o = \frac{z^2 pq}{e^2}$$

Onde, **n** corresponde ao tamanho da população, **z** é o valor da distribuição normal que equivale a confiança, **p** é a prevalência, **q** é igual a 1-p, e **e** corresponde ao erro amostral.

No presente estudo optou-se pela margem de erro de 10% e um intervalo de confiança de 95%, portanto estimou-se 72 como o número mínimo de participantes para compor a amostra, número esse correspondente à constituição final da amostra.

4.4.3. População do estudo

As participantes do estudo foram as puérperas internadas na unidade de alojamento conjunto do Hospital Universitário de Brasília que atenderam aos critérios de elegibilidade e concederam participar espontaneamente após assinatura do TCLE, disponíveis nos dias da coleta de dados. O período de coleta de dados compreendeu de 14/07/2020 a 23/10/2020, totalizando três meses.

Durante esse período foram internadas 599 puérperas no ALCON, destas, 133 não atendiam aos critérios de inclusão do estudo, 15 recusaram-se a participar da pesquisa, e 379

puérperas não puderam ser entrevistadas pela limitação da quantidade de entrevistas diárias ou por incompatibilidade de escala da pesquisadora. Assim, ao final a amostra, selecionada por conveniência, ou seja, não aleatória, foi composta por 72 mulheres.

4.5. Procedimentos de coleta de dados

4.5.1. Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados (ICD) foi elaborado pela pesquisadora após revisão bibliográfica sobre o processo de enfermagem no período puerperal, o modelo conceitual de Ramona Mercer “Teoria da Consecução do Papel materno”, e a classificação da Taxonomia II da NANDA-I. Este foi encaminhado para validação de três juízes com experiência clínica e peritos na área de aplicação da SAE e/ou de obstetrícia, os quais aprovaram o instrumento sem observações a serem feitas.

O ICD (Apêndice B) é composto por questões subjetivas (sintomas, a serem relatados pelas puérperas) e objetivas (sinais, a serem coletados por meio da realização do exame físico). Dividido em cinco seções, das quais três contemplam variáveis relativas ao microsistema, ao mesossistema e ao macrossistema descritos por Ramona Mercer, além das seções que contemplam variáveis sociodemográficas e obstétricas, e expectativas das puérperas, como descrito abaixo:

Seção I – Variáveis sociodemográficas e obstétricas:

Dados relativos à idade, cor autodeclarada, procedência, estado conjugal, escolaridade; história obstétrica prévia: quantidade de gestações, tipos de partos, amamentação e intercorrências em gestações anteriores; gestação planejada; gestação desejada; gestação aceita; realização de consultas de pré-natal; trimestre em que iniciou o pré-natal, e quantidade de consultas de pré-natal; doenças e intercorrências na gestação atual (dados coletados no prontuário, caderneta da gestante e confirmado em entrevista); e medicações em uso no dia da entrevista. Também contemplou dados relativos ao parto: idade gestacional no dia do parto, data do parto, e dias de pós-parto em que se encontrava; tipo de parto; se houve participação na escolha do parto; como se sentiu durante o trabalho de parto e parto; presença de

acompanhantes; complicações no parto/pós-parto ou com recém-nascido; e se houve separação do binômio.

Seção II – Variáveis relativas ao microsistema

Contexto familiar: histórico familiar prévio para doenças, depressão e desmame precoce; relação com o pai da criança e envolvimento do mesmo nos cuidados da criança; se contará com auxílio nos cuidados com a criança e nos afazeres domésticos durante o pós parto; o significado do nascimento da criança para a mulher, e aspectos do recém-nascido (como a mãe o descreve, se contempla suas expectativas, se tem dificuldades para identificar as necessidades da criança, se sente preparada para esse papel); e padrão de vínculo com o recém-nascido (contato visual durante a amamentação, contato físico na prestação de cuidados); impacto do nascimento da criança nos objetivos de vida; se tem alguma dificuldade para comunicação, compreensão ou tomada de decisões; quanto a presença de algum medo ou preocupação durante a entrevista; sentimento em relação à demanda de cuidados com a criança; desempenho do papel materno; ou preocupação quanto à maternidade.

Ainda dentro dessa seção, estão os dados relacionados ao contexto social: profissão/ocupação; licença maternidade; se deixou de trabalhar na gestação; renda familiar; condições de moradia; número de moradores na casa; quantos trabalham; papel que desempenha na família; familiares dependentes da puérpera; mudança no convívio social ou familiar associada a gestação ou maternidade; e vinculação à alguma unidade de saúde.

Seção III – Variáveis relativas ao mesossistema:

Hábitos pessoais: alergias, tabagismo, etilismo, outras drogas, peso pré-gestacional, ganho de peso na gestação, altura e Índice de Massa Corporal (IMC), ingesta hídrica, número de refeições diárias, escolhas alimentares, ingesta de café ou estimulantes, uso de comida como conforto (quando sente ansiedade, tristeza, preocupação, ou tem o hábito de beliscar), crenças culturais ou necessidade de restrição alimentar no puerpério, e o conceito de alimentação saudável no puerpério. Eliminações intestinal e urinária; sono: horas de sono por noite, insônia, ou dificuldade para iniciar ou manter o sono; e se foi observado na puérpera falta de energia durante a entrevista. Atividade e repouso: quanto a mobilidade (deambula ou não, ou se precisa de auxílio), prática de atividade física durante a gestação, presença de

energia para realizar as atividades diárias ou cuidados com o bebê no momento da entrevista, o risco de quedas (Escala de Morse); e a sexualidade.

O índice de massa corporal foi calculado pela fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$, e utilizou-se os escores da NANDA-I: risco de sobrepeso para valores próximos à 25 kg/m^2 , sobrepeso para valores de 25 a 30 Kg/m^2 , e obesidade para valores maiores que 30 Kg/m^2 (NANDA-I, 2018). Ressalta-se que tais escores são adotados para a população geral, não sendo específicos para o público de mulheres no período gravídico-puerperal, que apresentam especificidades relacionadas às adaptações fisiológicas esperadas.

O risco de quedas foi avaliado utilizando-se a Escala do Risco de quedas de Morse (URBANETTO *et al.*, 2013), a partir da avaliação de seis itens, cada qual com seu escore, conforme Figura 6, obtém-se uma pontuação, sendo baixo risco para quedas escore < 25 , risco moderado de 25 a 44 ; e alto risco ≥ 45 .

Figura 6 – Escala de Morse

Escala do Risco de Quedas de Morse: versão traduzida e adaptada	
1. História de Quedas	Pontos
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Muletas/Bengala/Andador	15
Mobiliário/Parede	30
4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	0
Sim	20
5. Marcha	
Normal/Sem deambulação/Acamado/Cadeira de rodas	0
Fraca	10
Comprometida/Cambaleante	20
6. Estado Mental	
Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Fonte: Adaptado de Morse *et al.*, 1989

Outra subseção é quanto à autoimagem: pontuação dada de zero à dez quanto a satisfação consigo mesma; se gostaria de mudar algo em si; se houve mudança na forma de

ser com a gestação ou o parto; planejamento de mudança no autocuidado quando receber alta; como se descreve fisicamente e emocionalmente; além de risco para Depressão pós-parto (DPP), na qual utilizou-se a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo (EDPE).

A avaliação do risco para depressão pós-parto foi realizada a partir da aplicação da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo (Quadro 1), por se tratar de um instrumento validado e com elevada sensibilidade para identificação precoce de mulheres com possibilidade de apresentar depressão, considerado ainda de fácil aplicação. A escala é composta por dez questões, as quais possuem quatro opções de respostas cada uma; as respostas recebem pontuação de zero à três, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. A somatória das respostas resulta em uma pontuação, que quando acima de 10 indica a probabilidade de uma DPP. No entanto, a escala tem a finalidade de rastreio, havendo a necessidade de uma avaliação clínica para o diagnóstico preciso (SANTOS *et al.*, 2007).

Quadro 1 - Edinburgh Postnatal Depression Scale (versão em Português), para rastreamento de depressão pós-parto.

ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO	
<p>1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:</p> <p><input type="checkbox"/> Como eu sempre fiz</p> <p><input type="checkbox"/> Não tanto quanto antes</p> <p><input type="checkbox"/> Sem dúvida, menos que antes</p> <p><input type="checkbox"/> De jeito nenhum</p>	<p>6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes</p> <p><input type="checkbox"/> Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles</p> <p><input type="checkbox"/> Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes</p>
<p>2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia:</p> <p><input type="checkbox"/> Como sempre senti</p> <p><input type="checkbox"/> Talvez, menos que antes</p> <p><input type="checkbox"/> Com certeza menos</p> <p><input type="checkbox"/> De jeito nenhum</p>	<p>7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Não muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Não, nenhuma vez</p>

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas: <input type="checkbox"/> Sim, na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> Não, muitas vezes <input type="checkbox"/> Não, nenhuma vez	8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada: <input type="checkbox"/> Sim, na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes <input type="checkbox"/> Não muitas vezes <input type="checkbox"/> Não, de jeito nenhum
4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão: <input type="checkbox"/> Não, de maneira alguma <input type="checkbox"/> Pouquíssimas vezes <input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes	9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado: <input type="checkbox"/> Sim, quase todo o tempo <input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Não, nenhuma vez
5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo: <input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes <input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> Não muitas vezes <input type="checkbox"/> Não, nenhuma vez	10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça: <input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes, ultimamente <input type="checkbox"/> Algumas vezes nos últimos dias <input type="checkbox"/> Pouquíssimas vezes, ultimamente <input type="checkbox"/> Nenhuma vez

Nota: nas questões 1, 2 e 4 a pontuação para a sequência é 0, 1, 2, 3. Nas demais, a pontuação é 3, 2, 1, 0.

Fonte: Adaptado de SANTOS; MARTINS; PASQUAL, 1999.

O exame físico também uma subseção das variáveis relativas ao mesossistema engloba: a escala visual analógica de dor, pontuando-se de zero a dez o nível de dor, se a dor atrapalha a rotina diária e de cuidados com RN; e outras características da dor quanto a expressão facial, gesto de proteção, posição para aliviar a dor, etc. A aparência geral da puérpera, coloração das mucosas, avaliação do aparelho respiratório (frequência respiratória, ritmo, expansibilidade torácica, ausculta); aparelho cardiovascular (pressão arterial, temperatura, pulso, ausculta); avaliação das mamas quanto às características, mamilos, se secretiva ou não, e presença ou ausência de lesões mamilares; abdome (ausculta, palpação e percussão, com ênfase na avaliação da involução uterina, se presença de ferida operatória e características); tipo de lóquios; avaliação perineal quanto a presença de edema, hematoma, episiotomia, lacerações perineais e suas classificações. E avaliação dos membros inferiores (edema, presença de varizes, sinal de Homans, Bandeira e Bancroft).

A dor foi quantificada a partir da Escala Verbal Numérica (EVN), é um padrão ouro como referência para avaliação da dor aguda e persistente em pessoas conscientes e com boa

capacidade cognitiva. A mensuração é feita a partir de escores que vão de 0 à 10, sendo ausência de dor o escore zero; dor leve de um a três; dor moderada de quatro à seis; dor intensa de sete à nove; e dor insuportável o escore dez; conforme Figura 7 (OLIVEIRA, 2012; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2018; EBSEH, 2020b).

Figura 7- Escala verbal numérica (EVN)

Sem dor	Dor leve	Dor moderada	Dor intensa	Dor insuportável
0	1-3	4-6	7-9	10

Fonte: HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2018.

Seção IV – Variáveis relativas ao macrossistema:

Nessa penúltima seção tem-se às variáveis relativas ao macrossistema, tais como: se possui alguma crença religiosa, se sente interferência das pessoas nas decisões quanto aos cuidados do recém-nascido; se pode/pretende amamentar; se a criança tem boa pega e sucção; se sente satisfação e segurança/confiança em amamentar; se precisa de alguma ajuda para colocar a criança para amamentar; se conhece os benefícios do aleitamento materno; se pretende usar algum complemento na alimentação da criança tais como chás, leite artificial ou outros, e chupetas ou mamadeiras; se tem conhecimento quanto aos cuidados com as mamas durante a amamentação, quanto a higiene perineal no pós-parto, quanto aos cuidados com a incisão cirúrgica, quanto ao curativo no coto umbilical do recém-nascido e a higiene do recém-nascido nas trocas de fraldas.

Seção V – Variáveis relativas às expectativas de vida:

A última seção, corresponde às expectativas da entrevistada quanto aos objetivos de vida, e o que faz para alcançá-los. Além das impressões do entrevistador.

4.5.2. Procedimento de coleta de dados

Antes de iniciar a coleta de dados, foi realizado um estudo piloto no mês de fevereiro de 2020 para possíveis ajustes no ICD, e para o reconhecimento e melhor organização do procedimento. Esse estudo contou com a participação de seis puérperas que atenderam aos critérios de inclusão, para obtenção de uma semelhança próxima ao público da amostra, necessária nos ajustes do ICD, sendo que essas entrevistadas não foram incluídas na amostra

da presente pesquisa. Diante desse estudo piloto o ICD foi readaptado dentro de uma sequência lógica mais aplicável à entrevista, algumas questões foram adaptadas quanto à linguagem utilizada, e ao público em específico. Após as adequações, o ICD foi considerado adequado para a aplicação.

A coleta de dados foi realizada em dias aleatórios, conforme disponibilidade da pesquisadora e em conformidade com o setor, do dia 14 de julho à 23 de outubro de 2020. Inicialmente a pesquisadora especialista em obstetrícia fazia o levantamento das puérperas internadas no momento, selecionando às que atendiam aos critérios de inclusão. A pesquisadora então, se apresentava às puérperas explicando sobre a pesquisa e esclarecendo minuciosamente o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que eram assinados quando as mesmas aceitaram participar da pesquisa, e só então a coleta de dados começava.

A primeira etapa da coleta de dados então era feita nos prontuários das participantes, e em seguida a entrevista, e o exame físico completo que durou em média 2 horas cada.

Ao final da coleta de dados, cada ICD foi avaliado buscando realizar a etapa de diagnóstico.

O raciocínio diagnóstico baseou-se no processo de análise e síntese de Helland/Risner (1995), na qual realiza-se uma análise minuciosa e a síntese dos dados coletados, e na sequência o julgamento das respostas humanas, seguida da formulação dos DE e seus componentes. Após definição dos DE iniciais, realizou-se a validação, dos mesmos, por perito com expertise na área. O perito tem atuação na docência em enfermagem, em especial com o processo de enfermagem e experiência também na área clínica, com mestrado e doutorado na área de diagnósticos de enfermagem.

Após confirmados os diagnósticos de cada mulher e seus respectivos componentes (respectivas características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, condições associadas e/ou população de risco), foi então elaborada a listagem dos diagnósticos de enfermagem.

4.6. Análise dos dados

Todos os dados coletados foram distribuídos em banco de dados e organizados em planilhas eletrônicas no software Microsoft Excel[®] 2010. A partir da estatística descritiva,

analisou-se as variáveis numéricas utilizando-se medidas descritivas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (mínimo e máximo). Além de medidas de frequência absoluta e percentual, sendo todos os dados apresentados em formato de gráficos e tabelas.

Como já citado, a elaboração dos diagnósticos de enfermagem obedeceu ao processo diagnóstico proposto por Helland/Risner (HELLAND, 1995), sendo adotado a Taxonomia II da NANDA-I (2018) e considerado os rótulos e definições de cada um dos diagnósticos de enfermagem. Os dados foram analisados em categorias e posteriormente agrupados no processo de síntese.

Dos dados brutos foram apurados as médias de DE por puérperas e o total de diagnósticos levantados na pesquisa, tabelados em planilhas do Excel.

4.7. Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB), sob CAAE 19024719.7.0000.0030, conforme o parecer nº 3.754.960 (Anexo A). Somente após estas etapas foi iniciada a pesquisa.

Conforme Resolução CNS 466/2012 preconizada pelo Conselho Nacional de Saúde, foi disponibilizado o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice A) para todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, sendo realizada uma leitura prévia e assinatura após aceite voluntário de participação, foi ainda entregue uma cópia para cada participante. O anonimato e sigilo foram preservados, respeitando a possibilidade de desistência em qualquer momento sem prejuízos, bem como as demais especificidades da pesquisa realizada com seres humanos.

Os riscos envolvidos nessa pesquisa eram mínimos, tais como constrangimento durante o exame físico, cansaço no momento, ou desconforto em responder as perguntas, os quais foram minuciosamente explicitados às participantes. Apesar dos riscos citados, não houve nenhum caso relacionado, devido à adoção de medidas para garantir o conforto e a segurança; a pesquisadora se comprometeu quanto ao sigilo, e não houve identificação de pacientes, funcionários ou qualquer outro profissional, apenas a análise dos julgamentos e intervenções propostas (exame físico).

5. RESULTADOS

A apresentação dos resultados deste estudo será descrita em três etapas: caracterização sociodemográfica e econômica; caracterização clínica obstétrica; e diagnósticos de enfermagem, com as características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, população em risco e condições associadas arrolados.

Como já mencionado anteriormente, a amostra foi composta por 72 puérperas que atenderam aos critérios de inclusão, estavam disponíveis nos dias de coleta de dados e aceitaram participar do estudo. O período de coleta de dados compreendeu de 14/07/2020 a 23/10/2020, totalizando três meses.

5.1. Caracterização sociodemográfica e econômica

Na Tabela 4 estão descritos os achados relacionados à caracterização sociodemográfica e econômica, como faixa etária, raça/cor, estado civil, nível de instrução, religião, ocupação, renda familiar, situação de moradia, número de moradores, e procedência das entrevistadas.

Tabela 4 - Caracterização do perfil sociodemográfico e econômico da amostra estudada (n=72) – Brasília, julho a outubro 2020.

Característica	N	%	Característica	N	%
Faixa Etária			Religiosidade		
18-23	22	30,5	Católicas	25	34,7
24-29	18	25,0	Evangélicas	10	13,9
30-35	21	29,2	Espíritas	04	5,6
36-41	10	13,9	Outras religiões	17	23,6
≥ 42	1	1,4	Sem religião	16	22,2
Raça/cor			Ocupação		
Branca	18	25,0	Do lar	30	41,7
Parda	46	63,9	Desempregada	10	13,9
Preta	07	9,7	Estudante	06	8,3
Amarela	01	1,4	Atividade remunerada	26	36,1
Situação Conjugal			Renda familiar		
Casada/Relação estável	60	83,3	Até 1 salário mínimo	12	16,7
Solteira	10	13,9	De 2 a 3 salários mínimos	37	51,4

Divorciada/Separada	02	2,8	Acima de 3 Salários mínimos	23	31,9
Situação da moradia					
Escolaridade			Própria	27	37,5
Fundamental incompleto	10	13,9	Alugada	30	41,7
Fundamental completo	06	8,3	Cedida	15	20,8
Médio incompleto	10	13,9	Número de moradores		
Médio completo	30	41,7	Até 4 pessoas	49	68,1
Superior incompleto	08	11,1	De 5 a 6 pessoas	17	23,6
Superior completo	08	11,1	≥ a 7 pessoas	06	8,3

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Todas as participantes do estudo correspondem ao gênero feminino, a média de idade das mulheres foi de 27,9 (DP \pm 6,8) anos, e mediana de 27,5, com predominância da faixa etária entre 18 e 23 anos, sendo 22 (30,5%), seguidos de 21 (29,2%) entre 30 e 35 anos, 18 (25,0%) entre 24 e 29 anos, 10 (13,9%) entre 36 e 41 anos, e apenas uma (1,4%) com 42 anos.

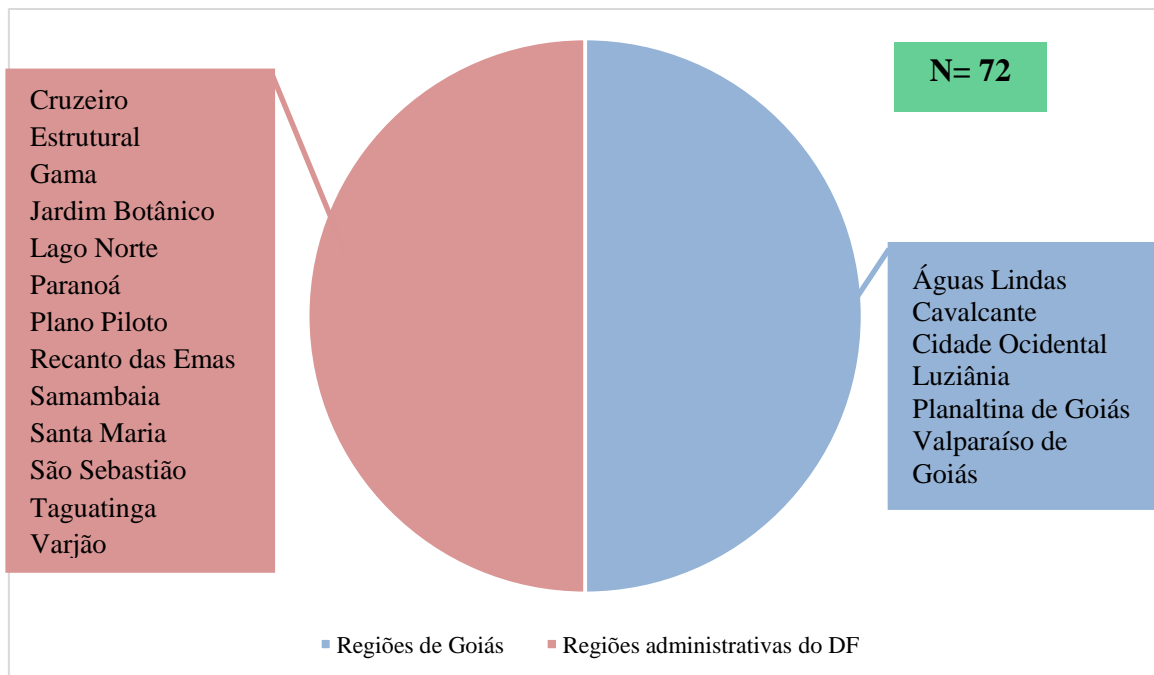
A distribuição das puérperas quanto à raça/cor, a maioria, 46 (63,9%) se autodeclararam parda, 18 (25,0%) branca, sete (9,7%) preta e apenas uma (1,4%) se autodeclarou amarela. Na Tabela 4, temos ainda descrito a respeito da situação conjugal, havendo predominância de mulheres com parceiro estável; 60 (83,3%) eram casadas ou tinham um relacionamento estável, 10 (13,9%) eram solteiras e duas (2,8%) divorciadas ou separadas, sem um parceiro estável. Em relação à escolaridade, a amostra se caracterizou com um médio grau de instrução, havendo predominância de mulheres que concluíram o ensino médio 30 (41,7%), as demais, 10 (13,9%) apresentaram ensino médio incompleto, na mesma proporção ensino fundamental incompleto, oito (11,1%) ensino superior incompleto, e na mesma proporção ensino superior completo, e seis mulheres (8,3%) apresentaram ensino fundamental completo.

Ainda na Tabela 4, na amostra estudada, 56 (77,8%) tinham uma religião, sendo 25 (34,7%) católicas, 17 (23,6%) de outras religiões, 10 (13,9%) evangélicas, quatro (5,6%) espíritas, e 16 (22,2%) referiram não pertencer a nenhuma religião. No quesito ocupação, 30 (41,7%) eram do lar, 26 (36,1%) exerciam alguma atividade remunerada, 10 (13,9%) estavam desempregadas, e seis (8,3%) estudantes.

Em relação à distribuição da renda familiar, 37 (51,4%) participantes recebiam de dois à três salários mínimos, 23 (31,9%) acima de três salários mínimos, e 12 (16,7%) até um salário mínimo. No quesito situação de moradia, a maioria, 30 (41,7%) das mulheres entrevistadas moravam de aluguel, 27 (37,5%) em habitação própria, e 15 (20,8%) cedida. Quanto ao número de moradores, 49 (68,1%) das entrevistadas moravam com até quatro pessoas, 17 (23,6%) com cinco a seis pessoas, e seis (8,3%) moravam com sete ou mais pessoas.

A distribuição quanto à procedência das puérperas entrevistadas está apresentada no Gráfico 2 a seguir.

Gráfico 2 - Regiões administrativas do Distrito Federal e Goiás, Procedência das puérperas, (n=72) – Brasília, julho a outubro 2020.



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Perante as informações apresentadas no Gráfico 2, tem-se a distribuição por regiões administrativas do Distrito Federal como locais de procedência de 36 (50,0%) mulheres, sendo: 15 (20,8%) Plano Piloto; três (4,1%) Taguatinga; e na mesma proporção São Sebastião; duas (2,8%) Estrutural, bem como Gama, Recanto das Emas, Paranoá e Varjão com igual frequência absoluta e relativa; uma (1,4%) Cruzeiro, bem como Jardim Botânico, Lago Norte, Samambaia e Santa Maria, também com igual frequência absoluta e relativa. A outra metade 36 (50,0%) era procedente de outras cidades de Goiás, tais como: 30 (41,6%) Águas Lindas; duas (2,8%) Valparaíso; além de Cavalcante, Cidade Ocidental, Luziânia, e

Planaltina de Goiás, as quais foram observadas ocorrências de uma (1,4%) entrevistada para cada uma destas regiões.

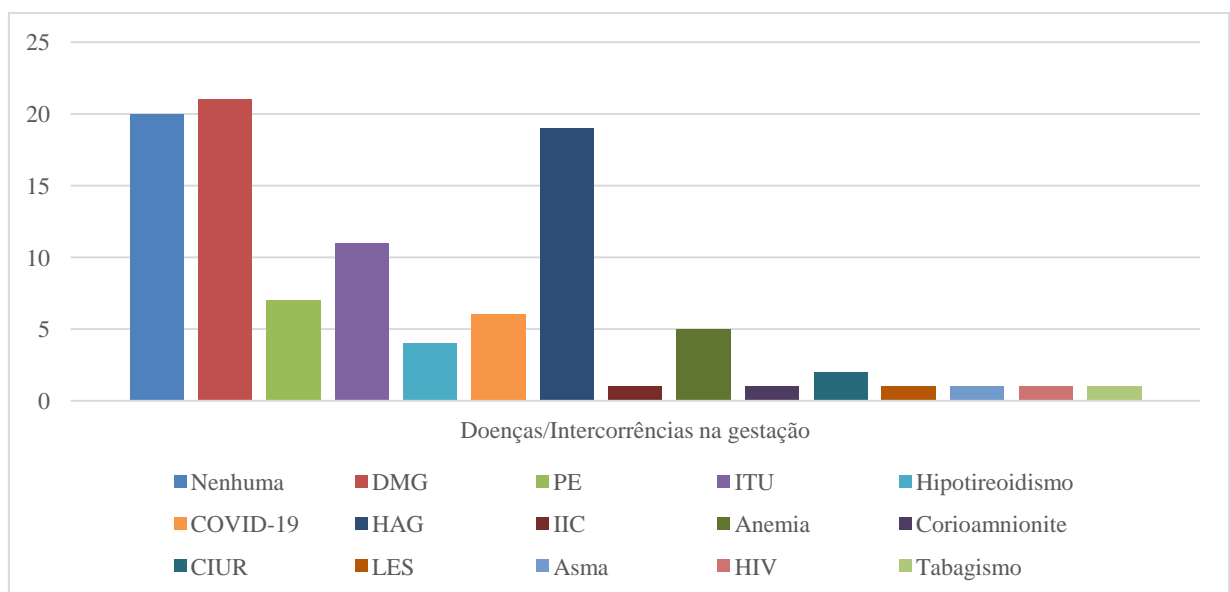
5.2. Caracterização clínica obstétrica

Quanto à caracterização clínica obstétrica, tem-se as intercorrências durante a gestação, e durante ou após o parto, a paridade, se a gestação foi planejada, desejada e aceita, o número de consultas de pré-natal, o período que iniciou o pré-natal, a idade gestacional no dia do parto, o tipo de parto, e a quantidade de dias de pós-parto durante a entrevista.

5.2.1. Características clínicas

No Gráfico 3 estão apresentadas as distribuições em relação a doença e intercorrências com diagnóstico prévio ou durante a gestação. Apenas 20 (27,8%) mulheres não apresentaram nenhuma doença ou intercorrências, a maioria tinha uma ou mais doenças ou intercorrências, sendo: 21 (29,2%) diabetes melito gestacional (DMG), 19 (26,4%) hipertensão arterial gestacional (HAG), 11 (15,3%) infecção do trato urinário (ITU), sete (9,7%) pré-eclâmpsia (PE), seis (8,3%) COVID-19, cinco (6,9%) anemia, quatro (5,5%) hipotireoidismo, duas (2,8%) crescimento intrauterino restrito (CIUR), e uma (1,4%) insuficiência istmo-cervical (IIC), bem como corioamnionite, lúpus eritematoso sistêmico (LES), tabagismo, asma e vírus da imunodeficiência humana (HIV), com igual frequência absoluta e relativa.

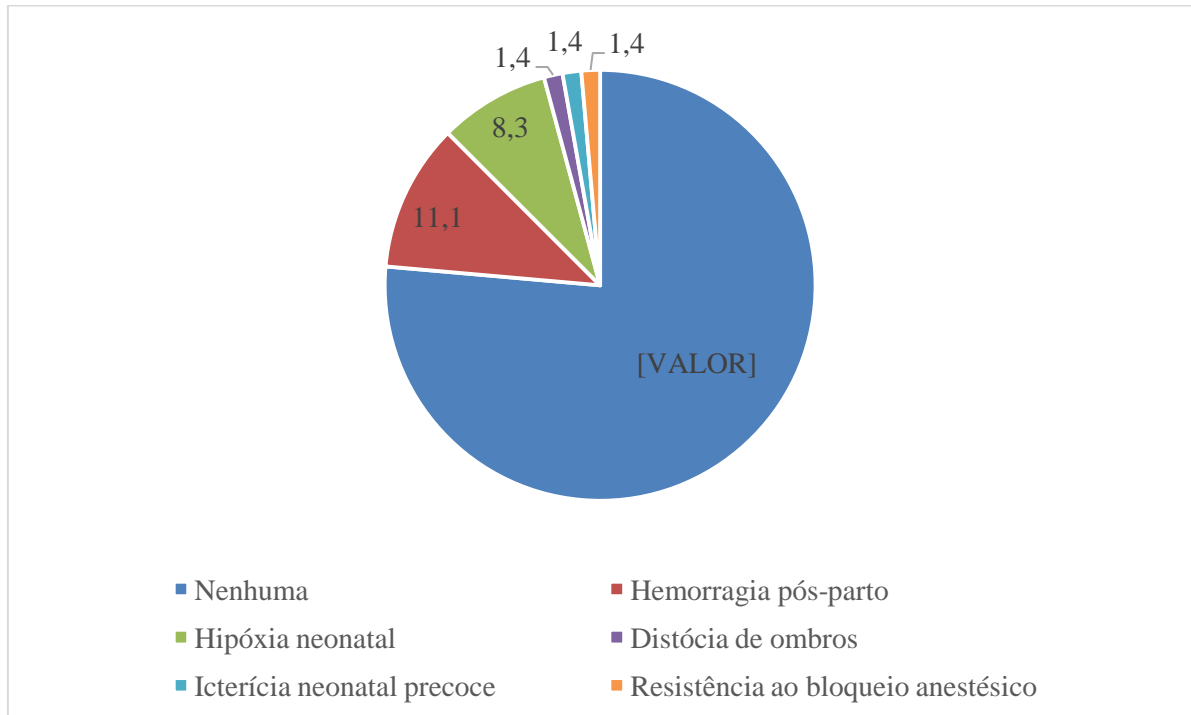
Gráfico 3 - Distribuição das doenças e intercorrências no período gestacional da população estudada – Brasília, julho a outubro 2020.



Fonte: Base de dados da pesquisa.

No gráfico 4, tem-se a distribuição das intercorrências durante o parto ou no período de pós-parto, na puérpera ou no seu recém-nascido que impacta nas condições clínicas da mesma.

Gráfico 4 - Distribuição das intercorrências no parto e pós-parto relacionadas ao binômio da população estudada – Brasília, julho a outubro 2020.



Fonte: Base de dados da pesquisa

Como apresentado no Gráfico 4, 55 (76,4%) das mulheres não tiveram intercorrências durante o parto ou o pós-parto até o momento em que foi realizada a entrevista; oito (11,1%) tiveram hemorragia pós-parto; uma (1,4%) teve resistência ao bloqueio anestésico, e em mesma proporção teve distócia de ombro. Em relação aos recém-nascidos das mulheres que integraram a amostra estudada, seis (8,3%) tiveram hipóxia neonatal; e um (1,4%) icterícia precoce (nas primeiras 24 horas de vida).

5.2.2. Características obstétricas

Na Tabela 5 estão os dados relativos a caracterização do perfil obstétrico da amostra estudada, a qual foi composta em sua maior parte por mulheres que já tiveram dois ou mais partos, sendo 38 (52,8%) multíparas e 34 (47,2%) primíparas. Das 72 puérperas, apenas 16 (22,2%) planejaram engravidar, e 56 (77,8%) não haviam planejado; 41 (56,9%) desejavam uma gestação, opondo-se à 31 (43,1%) que não desejavam. Em relação à aceitação da

gestação 67 (93,1%) apresentaram aceitação, e cinco (6,9%) rejeitaram a gestação atual ou estavam ainda em processo de aceitação do bebê. No que tange à realização do acompanhamento de pré-natal na amostra estudada, apenas uma (1,4%) não realizou o acompanhamento de pré-natal, e 71 mulheres (98,6%) fizeram o acompanhamento, sendo que dessas: 43 (59,7%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 26 (36,1%) no segundo trimestre, e duas (2,8%) no terceiro trimestre. Quanto ao número de consultas realizadas 52 (72,2%) realizaram mais de seis, 15 (20,8%) de quatro à seis, quatro (5,6%) de uma à três, e uma (1,4%) não realizou nenhuma consulta de pré-natal.

Tabela 5 - Caracterização do perfil obstétrico da amostra estudada (n=72) – Brasília, julho a outubro 2020.

Característica	N	%	Característica	N	%
Paridade			N. de consultas de PN		
Primípara	34	47,2	Nenhuma	01	1,4
Múltipara	38	52,8	Uma a três	04	5,6
Gestação Planejada			Quatro a seis	15	20,8
Sim	16	22,2	Mais de seis	52	72,2
Não	56	77,8	Tipo de parto		
Gestação Desejada			Vaginal	31	43,0
Sim	41	56,9	Cesariana	41	57,0
Não	31	43,1	IG no parto		
Gestação Aceita			34 - 36 semanas e 6 dias	06	8,3
Sim	67	93,1	37 – 38 semanas e 6 dias	19	26,4
Não	05	6,9	39 – 40 semanas e 6 dias	39	54,2
Início do Pré-natal			41 – 42 semanas	08	11,1
1º trimestre	43	59,7	Dias de pós-parto		
2º trimestre	26	36,1	Primeiro	59	81,9
3º trimestre	02	2,8	Segundo	10	13,9
Não fez pré-natal	01	1,4	Terceiro	03	4,2

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Na Tabela 5 também aponta os dados referentes ao tipo de parto, a maioria 41 (57,0%) teve cesariana e 31 (43,0%) parto vaginal. Dentre as cesarianas, vale ressaltar que 21 (29,2%) correspondem a cesarianas intraparto e 20 (29,2%) a cesarianas eletivas. A idade gestacional predominante no dia do parto foi de 39 semanas à 40 semanas e 6 dias, correspondendo à 39 (54,2%) mulheres, as demais foram respectivamente, 19 (26,4%) de 37 a 38 semanas e 6 dias,

oito (11,1%) de 41 a 42 semanas, e seis (8,3%) eram prematuros de 34 a 36 semanas e 6 dias. Em relação aos dias de pós-parto em que as mulheres se encontravam durante o período em que foi realizado a entrevista, 59 (81,9%) corresponde-se ao primeiro, dez (13,9%) ao segundo, e três (4,2%) ao terceiro dia de pós-parto.

5.2.3. Aplicação das escalas de padrão de risco

Para avaliação de padrões de riscos existentes nas puérperas da amostra estudada foram aplicadas três escalas durante a realização da entrevista e do exame físico, Escala de Morse, Escala Verbal Numérica (EVN) e Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE), as quais estão apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6 - Escalas de avaliação aplicadas às participantes (n=72) – Brasília, julho a outubro 2020.

Escala de avaliação	N	%
Escala de Morse		
Baixo risco para quedas	43	59,7
Moderado risco para quedas	27	37,5
Alto risco para quedas	02	2,8
Escala Verbal Numérica		
Ausência de dor	18	25,0
Dor leve	18	25,0
Dor moderada	18	25,0
Dor intensa	16	22,2
Dor insuportável	02	2,8
Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPE)		
Não apresentaram escore para depressão pós-parto	58	80,6
Apresentaram escore para depressão pós-parto	14	19,4

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Como apresentado na Tabela 6, a identificação do risco de quedas na amostra estudada foi realizada com a Escala de Quedas de Morse, observa-se que 43 (59,7%) das mulheres apresentaram baixo risco, 27 (37,5%) um moderado risco, e duas (2,8%) alto risco para quedas no pós-parto. Das 43 puérperas que apresentaram baixo risco para quedas, 37 (86,1%) estavam no primeiro dia pós-parto, cinco (11,6%) no segundo, e uma (2,3%) no terceiro; das 27 que apresentaram moderado risco, 21 (77,8%) encontravam-se no primeiro dia pós-parto,

cinco (18,5%) no segundo, e uma (3,7%) no terceiro; e das duas que apresentaram alto risco para quedas, uma (50%) encontrava-se no primeiro dia pós-parto e uma (50%) no terceiro dia.

A respeito da avaliação da dor durante o pós-parto, utilizou-se a Escala Verbal Numérica, das mulheres entrevistadas 18 (25,0%) referiram ausência de dor, e as demais referiram presença de dor, dessas: 18 (25,0%) elencaram uma dor moderada, 18 (25,0%) dor leve, 16 (22,2%) dor intensa, e duas (2,8%) referiram uma dor insuportável, no momento da avaliação.

Ainda de acordo com a Tabela 6, no que tange a avaliação do risco para depressão pós-parto, utilizou-se a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE), o questionário foi respondido pelas participantes do estudo, e foi identificado que a maioria, 58 (80,6%) não apresentou risco para depressão pós-parto no momento, e 14 (19,4%) apresentaram.

5.3. Diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco

Os diagnósticos de enfermagem foram identificados de acordo com a taxonomia da NANDA – I (2018), bem como a listagem das características definidoras, fatores relacionados e de risco, população em risco e condições associadas destes com frequência maior que 40%. Foram arrolados ao todo 638 diagnósticos de enfermagem para as 72 puérperas participantes do estudo. A média de diagnósticos de enfermagem por participantes foi de 8,9 e a mediana de 8 diagnósticos por participantes.

De acordo com a NANDA-I, tem-se três categorias de diagnósticos de enfermagem, são elas: com foco no problema, de promoção da saúde e de risco. No total foram identificados **49 diferentes diagnósticos de enfermagem**, estando entre eles diagnósticos das três categorias, sendo: 29 (59,2%) com foco no problema, 13 (26,5%) de risco e sete (14,3%) de promoção da saúde. Na Tabela 7 tem-se a distribuição dos diagnósticos com foco no problema (reais).

Tabela 7 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema, segundo NANDA-I (n=72) - Brasília, julho a outubro 2020.

Diagnóstico de enfermagem	N	%
Integridade tissular prejudicada	60	83,3
Dor aguda	54	75,0
Distúrbio no padrão de sono	46	63,9

Conhecimento deficiente	37	51,4
Volume de líquidos excessivo	34	47,2
Fadiga	34	47,2
Ansiedade	33	45,8
Constipação	30	41,7
Sobrepeso	27	37,5
Obesidade	26	36,1
Amamentação ineficaz	20	27,8
Deambulação prejudicada	18	25,0
Relacionamento ineficaz	10	13,9
Tensão do papel de cuidador	9	12,5
Processos familiares disfuncionais	8	11,1
Integridade da pele prejudicada	7	9,7
Padrão de sexualidade ineficaz	6	8,3
Medo	4	5,5
Maternidade prejudicada	4	5,5
Insônia	3	4,2
Distúrbio na imagem corporal	3	4,2
Comportamento de saúde propenso a risco	3	4,2
Amamentação interrompida	2	2,8
Incontinência urinária funcional	2	2,8
Manutenção ineficaz da saúde	2	2,8
Sentimento de impotência	1	1,4
Enfrentamento ineficaz	1	1,4
Eliminação urinária prejudicada	1	1,4
Baixa autoestima situacional	1	1,4

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Dos 29 diagnósticos de enfermagem com foco no problema apresentados em ordem decrescente de frequência na tabela 7, oito apresentam frequência superior à 40% na amostra estudada, os quais serão discutidos mais adiante. Foram eles: Integridade tissular prejudicada (83,3%), Dor aguda (75,0%), Distúrbio no padrão de sono (63,9%), Conhecimento deficiente (51,4%), Volume de líquidos excessivo e Fadiga com a mesma frequência de 47,2%, Ansiedade (45,8%), e constipação (41,7%).

Já os diagnósticos de enfermagem com foco no problema com frequência menor que 40%, também em ordem decrescente de frequência, foram: Sobrepeso (37,5%), Obesidade (36,1%), Amamentação ineficaz (27,8%), Deambulação prejudicada (25,0%), Relacionamento ineficaz (13,9%), Tensão do papel de cuidador (12,5%), Processos familiares disfuncionais (11,1%), Integridade da pele prejudicada (9,7%), Padrão de sexualidade ineficaz (8,3%), Medo e Maternidade prejudicada com 5,5% cada um, Insônia, Distúrbio na imagem corporal, e Comportamento de saúde propenso a risco com a mesma frequência de 4,2%; Amamentação interrompida (2,8%), Incontinência urinária funcional (2,8%), Manutenção ineficaz da saúde (2,8%), e também com a mesma frequência de 1,4% cada um, temos: Sentimento de impotência, Enfrentamento ineficaz, Eliminação urinária prejudicada e Baixa autoestima situacional.

Na Tabela 8 tem-se os diagnósticos de enfermagem de risco identificados nas puérperas do presente estudo, também em ordem decrescente de frequência.

Tabela 8 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco, segundo NANDA-I (n=72) - Brasília, julho a outubro 2020.

Diagnóstico de enfermagem	N	%
Risco de quedas	29	40,3
Risco de constipação	21	29,2
Risco de maternidade prejudicada	14	19,4
Risco de sangramento	10	13,9
Risco de infecção	8	11,1
Risco de sobrepeso	7	9,7
Risco de baixa autoestima situacional	5	6,9
Risco de pressão arterial instável	3	4,2
Risco de processo perinatólógico ineficaz	3	4,2
Risco de tensão do papel de cuidador	2	2,8
Risco de vínculo prejudicado	2	2,8
Risco de infecção no sítio cirúrgico	1	1,4
Risco de trauma vascular	1	1,4

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Dos treze diagnósticos de risco apresentados na Tabela 8, apenas o Risco de quedas correspondeu à frequência superior à 40%, estando presente em 29 (40,3%) puérperas. E doze corresponderam aos diagnósticos com frequência inferior à 40%, são eles: Risco de

constipação (29,2%), Risco de maternidade prejudicada (19,4%), Risco de sangramento (13,9%), Risco de infecção (11,1%), Risco de sobrepeso (9,7%), Risco de baixa autoestima situacional (6,9%), Risco de pressão arterial instável e Risco de processo perinatológico ineficaz com igual frequência de 4,2%, Risco de tensão no papel de cuidador e Risco de vínculo prejudicado com 2,8% cada, e Risco de infecção no sítio cirúrgico e Risco de trauma vascular também com mesma frequência de 1,4%.

A distribuição dos diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde, por sua vez, está na Tabela 9, também em ordem decrescente de frequência.

Tabela 9 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde, segundo NANDA-I (n-72) - Brasília, julho a outubro 2020.

Diagnóstico de enfermagem	N	%
Disposição para maternidade melhorada	18	25,0
Disposição para conhecimento melhorado	17	23,6
Disposição para poder melhorado	4	5,5
Disposição para processo perinatológico melhorado	3	4,2
Disposição para autoconceito melhorado	2	2,8
Disposição para sono melhorado	1	1,4
Disposição para resiliência melhorada	1	1,4

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Como mostra a Tabela 9, todos os diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde tiveram frequência menor que 40%, sendo eles Disposição para maternidade melhorada (25,0%), Disposição para conhecimento melhorado (23,6%), Disposição para poder melhorado (5,5%), Disposição para processo perinatológico melhorado (4,2%), Disposição para autoconceito melhorado (2,8%), e com a mesma frequência de 1,4% cada, temos Disposição para o sono melhorado e Disposição para resiliência melhorada.

A taxonomia da NANDA – I (2018) classifica os diagnósticos de enfermagem em 13 domínios. Na Tabela 10 tem-se a distribuição dos 49 diagnósticos de enfermagem identificados nas puérperas do presente estudo, de acordo com seus respectivos domínios. Observa-se que foram identificados diagnósticos dentro de 11 dos 13 domínios, sendo os dois não identificados os domínios Princípios da vida e Crescimento/desenvolvimento.

Tabela 10 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem nos seus respectivos domínios, segundo NANDA-I (2018) - (n-72) - Brasília, julho a outubro 2020.

Domínio	Diagnóstico de enfermagem	N	%
Promoção da saúde	Comportamento de saúde propenso a risco	3	4,2
	Manutenção ineficaz da saúde	2	2,8
	Total	5	0,8
Nutrição	Volume de líquidos excessivo	34	47,2
	Sobrepeso	27	37,5
	Obesidade	26	36,1
	Amamentação ineficaz	20	27,8
	Risco de sobrepeso	7	9,7
	Amamentação interrompida	2	2,8
	Total	116	18,2
Eliminação e troca	Constipação	30	41,7
	Risco de constipação	21	29,2
	Incontinência urinária funcional	2	2,8
	Eliminação urinária prejudicada	1	1,4
	Total	54	8,5
Atividade/repouso	Distúrbio no padrão de sono	46	63,9
	Fadiga	34	47,2
	Deambulação prejudicada	18	25,0
	Insônia	3	4,2
	Risco de pressão arterial instável	3	4,2
	Disposição para sono melhorado	1	1,4
Total	105	16,4	
Percepção/cognição	Conhecimento deficiente	37	51,4
	Disposição para conhecimento melhorado	17	23,6
	Total	54	8,5
Autopercepção	Risco de baixa autoestima situacional	5	6,9
	Distúrbio na imagem corporal	3	4,2
	Disposição para autoconceito melhorado	2	2,8
	Baixa autoestima situacional	1	1,4
Total	11	1,7	

Papéis e relacionamentos	Disposição para maternidade melhorada	18	25,0
	Risco de maternidade prejudicada	14	19,4
	Relacionamento ineficaz	10	13,9
	Tensão do papel de cuidador	9	12,5
	Processos familiares disfuncionais	8	11,1
	Maternidade prejudicada	4	5,5
	Risco de tensão do papel de cuidador	2	2,8
	Risco de vínculo prejudicado	2	2,8
	Total	67	10,5
Sexualidade	Padrão de sexualidade ineficaz	6	8,3
	Risco de processo perinatólógico ineficaz	3	4,2
	Disposição para processo perinatólógico melhorado	3	4,2
	Total	12	1,9
Enfrentamento/ tolerância ao estresse	Ansiedade	33	45,8
	Medo	4	5,5
	Disposição para poder melhorado	4	5,5
	Enfrentamento ineficaz	1	1,4
	Disposição para resiliência melhorada	1	1,4
	Sentimento de impotência	1	1,4
	Total	44	6,9
Segurança/ proteção	Integridade tissular prejudicada	60	83,3
	Risco de quedas	29	40,3
	Risco de sangramento	10	13,9
	Risco de infecção	8	11,1
	Integridade da pele prejudicada	7	9,7
	Risco de infecção no sítio cirúrgico	1	1,4
	Risco de trauma vascular	1	1,4
	Total	116	18,2
Conforto	Dor aguda	54	75,0
	Total	54	8,5

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Como mostra a Tabela 10, no domínio Promoção da saúde, dos 12 diagnósticos de enfermagem descritos na NANDA-I (2018), dois foram identificados nesse estudo, os quais

correspondem à 0,8% de todos os diagnósticos arrolados, sendo Comportamento de saúde propenso a risco (4,2%) e Manutenção ineficaz da saúde (2,8%).

No domínio Nutrição, dos 24 diagnósticos descritos na NANDA-I, seis foram identificados e correspondem à 18,2% do total de diagnósticos. Sendo: Volume de líquidos excessivo (47,2%), Sobrepeso (37,5%), Obesidade (36,1%), Amamentação ineficaz (27,8), Risco de sobrepeso (9,7%), e Amamentação interrompida (2,8), como mostra na Tabela 10.

Do total de diagnósticos elencados no presente estudo, 8,5% correspondem ao Domínio Eliminação e troca, sendo quatro dos 18 descritos na NANDA-I (2018) desse domínio: Constipação (41,7%), Risco de constipação (29,2%), Incontinência urinária funcional (2,8%) e Eliminação urinária prejudicada (1,4%).

Ainda de acordo com a Tabela 10, quanto ao domínio Atividade/repouso, dos 34 diagnósticos descritos na NANDA-I (2018), elencaram-se seis, sendo 8,5% do total de diagnósticos, são eles: Distúrbio no padrão de sono (63,9%), Fadiga (47,2%), Deambulação prejudicada (25,0%), Insônia (4,2%), Risco de pressão arterial instável (4,2%), e Disposição para o sono melhorado (1,4%).

O domínio Percepção/cognição, como mostra a Tabela 10, corresponde à 8,5% dos diagnósticos arrolados na amostra, sendo dois dos onze diagnósticos de enfermagem descritos na NANDA-I (2018): Conhecimento deficiente (51,4%) e Disposição para conhecimento melhorado (23,6%).

Já no domínio Autopercepção, na NANDA-I estão descritos 11 diagnósticos de enfermagem, dos quais quatro estão presentes nas participantes desse estudo, e corresponderam à 1,7% do total de diagnósticos. Sendo eles: Risco de baixa autoestima situacional (6,9%), Distúrbio na imagem corporal (4,2%), Disposição para autoconceito melhorado (2,8%), e Baixa autoestima situacional (1,4%).

Outro domínio descrito na NANDA-I (2018) é o de Papéis e relacionamentos, que englobam 15 diagnósticos, dos quais oito foram identificados nas puérperas estudadas, sendo 10,5% do total de diagnósticos levantados. Conforme a Tabela 10, são: Disposição para maternidade (25,0%), Risco de maternidade prejudicada (19,4%), Relacionamento ineficaz (13,9%), Tensão do papel de cuidador (12,5%), Processos familiares disfuncionais (11,1%),

Maternidade prejudicada (5,5%), Risco de tensão do papel de cuidador (2,8%), e Risco de vínculo prejudicado (2,8%).

No domínio Sexualidade, estão descritos na NANDA-I (2018) seis diagnósticos, desses três foram arrolados no presente estudo, e correspondem à 1,9% do total de diagnósticos descritos, sendo: Padrão de sexualidade ineficaz (8,3%), Risco de processo perinatológico ineficaz (4,2%), e Disposição para processo perinatológico melhorado (4,2%), conforme Tabela 10.

De acordo com o domínio Enfrentamento/tolerância ao estresse, na NANDA-I (2018) tem-se 41 diagnósticos de enfermagem descritos, dos quais seis foram identificados no presente estudo. Esse domínio corresponde à 6,9% de todos os diagnósticos levantados nas entrevistadas, sendo eles: Ansiedade (45,8%), Medo (5,5%), Disposição para poder melhorado (5,5%), Enfrentamento ineficaz (1,4%), Disposição para resiliência melhorada (1,4%), e Sentimento de impotência (1,4%), de acordo com a Tabela 10.

Ainda de acordo com a Tabela 10, no que diz respeito ao domínio Segurança/proteção, na NANDA-I (2018) estão descritos 50 diagnósticos de enfermagem, na população estudada foram arrolados sete, correspondendo à 18,2% de todos os diagnósticos identificados, são eles: Integridade tissular prejudicada (83,3%), Risco de quedas (40,3%), Risco de sangramento (13,9%), Risco de infecção (11,1%), Integridade da pele prejudicada (9,7%), Risco de infecção no sítio cirúrgico (1,4%), e Risco de trauma vascular (1,4%).

Por fim, quanto ao domínio Conforto, na NANDA-I (2018) prevê 13 diagnósticos de enfermagem, dos quais um, Dor aguda, esteve presente em 75,0% das puérperas estudadas, e corresponde à 8,5% do total de diagnósticos elencados.

5.3.1. Características definidoras dos diagnósticos de enfermagem de maior prevalência nas participantes

Conforme proposto, na Tabela 11 são descritas as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem com prevalência igual ou superior à 40% na amostra pesquisada. Totalizando oito diagnósticos com foco no problema, dos quais cada participante pode apresentar mais de uma característica definidora, dentre as várias descritas na NANDA-I (2018).

Tabela 11 - Distribuição das características definidoras para os diagnósticos de enfermagem com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I - Brasília, julho a outubro 2020.

Diagnóstico de enfermagem / Características definidoras	N	%
Integridade tissular Prejudicada (N=60)		
Dano tecidual	60	100,0
Tecido destruído	54	90,0
Dor aguda	46	76,7
Hematoma	6	10,0
Total	166	
Dor aguda (N=54)		
Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor	54	100,0
Expressão facial de dor	36	66,7
Comportamento protetor	20	37,0
Posição para aliviar a dor	13	24,1
Comportamento expressivo	1	1,8
Alteração no parâmetro fisiológico (taquicardia)	1	1,8
Total	125	
Distúrbio no padrão do sono (N=46)		
Despertar não intencional	46	100,0
Dificuldade para manter o sono	46	100,0
Insatisfação com o sono	33	71,7
Não se sentir descansado	33	71,7
Dificuldade para iniciar o sono	3	6,5
Total	161	
Conhecimento deficiente (N=37)		
Conhecimento insuficiente	37	100,0
Comportamento inapropriado	11	29,7
Seguimento de instruções inadequado	1	2,7
Total	49	
Volume de líquido excessivo (N=34)		
Edema	33	97,0
Ganho de peso em um curto período de tempo	28	82,3
Alteração na pressão arterial	9	26,5
Total	70	
Fadiga (N=34)		
Aumento da necessidade de descanso	34	100,0

Cansaço	34	100,0
Energia insuficiente	32	94,1
Padrão de sono não restaurador	31	91,2
Apatia	4	11,8
Estado de sonolência	2	5,9
Desempenho de papel ineficaz	1	2,9
Introspecção	1	2,9
Total	139	
Ansiedade (N=33)		
Preocupação	32	97,0
Preocupação em razão de mudança em eventos da vida	29	87,9
Alteração no padrão de sono	18	54,5
Fadiga	18	54,5
Apreensão	18	54,5
Medo	9	27,3
Irritabilidade	6	18,2
Inquietação	5	15,1
Insônia	4	12,1
Incerteza	3	9,1
Contato visual insuficiente	1	3,0
Capacidade diminuída para solucionar problemas	1	3,0
Total	144	
Constipação (N=30)		
Redução na frequência das fezes	29	96,7
Mudança no padrão intestinal	23	76,7
Fezes formadas endurecidas	5	16,7
Redução no volume das fezes	4	13,3
Abdome distendido	1	3,3
Dor ao evacuar	1	3,3
Esforço para evacuar	1	3,3
Ruídos intestinais hiperativos	1	3,3
Total	65	

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Como mostra a Tabela 11, no diagnóstico de enfermagem Integridade tissular prejudicada, mais prevalente na amostra estudada (83,3%, n=60), foram apontadas quatro

características: dano tecidual, que esteve presente em todas as puérperas com esse diagnóstico (100,0%, n=60), seguido de tecido destruído (90,0%), dor aguda (76,7%) e hematoma (10,0%).

Em todas as mulheres com diagnóstico de dor aguda (75,0%, n=54) o autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor esteve presente (100,0%), seguido de expressão facial de dor (66,7%), comportamento protetor (37,0%), posição para aliviar a dor (24,1%), comportamento expressivo (1,8%) e alteração no parâmetro fisiológico (taquicardia) também em 1,8% das mulheres com esse diagnóstico, conforme Tabela 11.

De acordo com a Tabela 11, o distúrbio no padrão do sono, presente em 46 (63,9%) puérperas, apresentou como características definidoras: despertar não intencional e dificuldade para manter o sono em 100,0% dessas puérperas, seguido de insatisfação com o sono e não se sentir descansado cada uma com 71,7%, e dificuldade para iniciar o sono (6,5%).

O DE Conhecimento deficiente presente em 37 (51,4%) mulheres, apresentou três características definidoras, sendo elas: conhecimento insuficiente (100,0%), comportamento inapropriado (29,7%) e seguimento de instruções inadequado (2,7%). Outro diagnóstico que também apresentou três características definidoras na amostra estudada, foi o Volume de líquido excessivo, arrolado em 34 puérperas (47,2%), caracterizado por edema (97%), ganho de peso em um curto período de tempo (82,3%), e alteração na pressão arterial (26,5%).

Aumento da necessidade de descanso (100,0%), cansaço (100,0%), energia insuficiente (94,1%), padrão de sono não restaurador (91,2%), apatia (11,8%), estado de sonolência (5,9%), desempenho de papel ineficaz e introspecção com 2,9% cada uma, foram as características definidoras para o diagnóstico de enfermagem fadiga, arrolado em 34 (47,2%) das participantes, como descrito na Tabela 11.

Ainda de acordo com a Tabela 11, Ansiedade, diagnóstico presente em 33 mulheres (45,8%), apresentou onze características definidoras: preocupação (97,0%), preocupação em razão de mudança em eventos da vida (87,9%), alteração no padrão de sono (54,5%), fadiga (54,5%), apreensão (54,5%), medo (27,3%), irritabilidade (18,2%), inquietação (15,1%), insônia (12,1%), incerteza (9,1%), contato visual insuficiente (3,0%), e capacidade diminuída para solucionar problemas (3,0%).

E por fim, dentre os diagnósticos mais prevalentes com foco no problema (Tabela 11), tem-se Constipação, arrolado em 30 (41,7%) puérperas, o qual teve as características definidoras: redução na frequência das fezes (96,7%), mudança no padrão intestinal (76,7%), fezes formadas endurecidas (16,7%), redução no volume das fezes (13,3%), e com mesma porcentagem de 3,3% cada, tem-se abdome distendido, ruídos intestinais hiperativos, esforço para evacuar, e dor ao evacuar.

5.3.2. Fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem de maior prevalência nas participantes

Na Tabela 12 estão descritos, os fatores relacionados dos oito diagnósticos de enfermagem com foco no problema com prevalência igual ou superior a 40% na amostra estudada. Assim como as características definidoras, as entrevistadas podem apresentar mais de um fator relacionado para cada diagnóstico de enfermagem arrolado.

Tabela 12 - Distribuição dos fatores relacionados para os diagnósticos de enfermagem com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I - Brasília, julho a outubro 2020.

Diagnóstico de enfermagem / Fatores relacionados	N	%
Integridade tissular Prejudicada (N=60)		
Conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular (pega correta na amamentação)	6	10,0
Total	6	
Dor aguda (N=54)		
Agente físico lesivo (cirurgia/contração uterina/cólicas/sutura perineal/hematoma perineal)	54	100,0
Total	54	
Distúrbio no padrão do sono (N=46)		
Interrupção causada pelo parceiro de sono (RN)	45	97,8
Padrão de sono não restaurador	34	73,9
Privacidade insuficiente	2	4,3
Barreira ambiental	1	2,2
Total	82	
Conhecimento deficiente (N=37)		
Informações insuficientes	37	100,0
Conhecimento insuficiente sobre recursos	13	35,1
Total	50	
Volume de líquido excessivo (N=34)		

Entrada excessiva de líquidos (cirurgia)	32	94,1
Total	32	
Fadiga (N=34)		
Estressores	32	94,1
Aumento no esforço físico (parto)	24	70,6
Ansiedade	23	67,6
Falta de condicionamento físico	15	44,1
Privação de sono	5	14,7
Total	99	
Ansiedade (N=33)		
Estressores	32	96,7
Conflito sobre as metas da vida	11	33,3
Ameaça à condição atual	4	12,1
Necessidades não atendidas	3	9,1
Conflito de valores (gestação)	2	6,1
Total	52	
Constipação (N=30)		
Fraqueza dos músculos abdominais	28	93,3
Motilidade gastrintestinal diminuída	27	90,0
Mudança ambiental recente	23	76,7
Hábitos alimentares inadequados	16	53,3
Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo	13	43,3
Obesidade	10	33,3
Ingestão de fibras insuficientes	8	26,7
Hábitos de evacuações irregulares	5	16,7
Ingestão de líquidos insuficientes	1	3,3
Total	131	

Fonte: Base de dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 12, Integridade tissular prejudicada apresentou apenas um fator relacionado, conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular (pega correta na amamentação), em seis (10,0%) dentre as 60 (83,3%) puérperas em que esse diagnóstico foi identificado. O segundo diagnóstico de enfermagem mais prevalente, Dor aguda (75,0%, n=54) também apresentou somente um fator relacionado, agente físico lesivo

(cirurgia, cólicas uterinas, sutura e/ou hematoma perineal), presente em todas as 54 mulheres (100,0%) que tiveram esse diagnóstico.

Distúrbio no padrão de sono presente em 46 (63,9%) das participantes desse estudo, teve como fatores relacionados: interrupção causada pelo parceiro de sono (recém-nascido) em 97,8%, padrão de sono não restaurador (73,9%), privacidade insuficiente (4,3%) e barreira ambiental (2,2%), conforme descrito na Tabela 12.

Conhecimento deficiente, elencado em 37 (51,4%) das participantes, apresentou informações insuficientes como o fator relacionado mais prevalente (100,0%), seguido de conhecimento insuficiente sobre recursos (35,1%), conforme mostra na Tabela 12. Na referida tabela é possível identificar ainda que o quinto diagnóstico de enfermagem mais prevalente (47,2%), volume de líquido excessivo, apresentou como fator relacionado a entrada excessiva de líquidos (durante cirurgia ou tratamento de hemorragia pós-parto) em 94,1%.

Conforme Tabela 12, o diagnóstico de enfermagem fadiga, presente em 34 (47,2%) das puérperas entrevistadas, apresentou como fatores relacionados em ordem decrescente: estressores (94,1%), aumento no esforço físico (parto) (70,6%), ansiedade (67,6%), falta de condicionamento físico (44,1%), e privação de sono (14,7%).

Os fatores relacionados para ansiedade, presente em 33 (45,85) das participantes, foram: estressores (96,7%), conflito sobre as metas da vida (33,3%), ameaça à condição atual (12,1%), necessidades não atendidas (9,1%), e conflito de valores (gestação não planejada) (6,1%), como descrito na Tabela 12.

Entre os diagnósticos com foco no problema, constipação foi o último mais prevalente, apontado em 30 (41,7%) das puérperas, e apresentou como fatores relacionados: fraqueza dos músculos abdominais (93,3%), motilidade gastrointestinal diminuída (90,0%), mudança ambiental recente (76,7%), hábitos alimentares inadequados (53,3%), média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo (43,3%), obesidade (33,3%), hábitos de evacuações irregulares (16,7%), e ingestão de líquidos insuficientes (3,3%).

5.3.3. Fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem de maior prevalência nas participantes

Segue na Tabela 13 a descrição dos fatores de risco presentes no último diagnóstico de enfermagem mais prevalente na amostra estudada, o qual corresponde a um diagnóstico de risco.

Tabela 13 - Distribuição dos fatores de risco para os diagnósticos de enfermagem com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I - Brasília, julho a outubro 2020.

Diagnóstico de enfermagem / Fatores de risco	N	%
Risco de quedas (N=29)		
Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis	27	93,1
Mobilidade prejudicada	21	72,4
Ausência de sono	11	37,9
Alteração na glicemia sanguínea	4	13,8
Cenário pouco conhecido	1	3,4
Dificuldades na marcha	1	3,4
Total	65	

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Os fatores de risco mais prevalentes nas 29 (40,3%) puérperas em que o diagnóstico Risco de quedas foi identificado, são: conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis (93,1%), mobilidade prejudicada (72,4%), e ausência de sono (37,9%); e os menos prevalentes: alteração na glicemia sanguínea (13,8%), dificuldade na marcha e cenário pouco conhecido, correspondendo à 3,4% cada um, como mostra na Tabela 13.

5.3.4. Condições associadas dos diagnósticos de enfermagem de maior prevalência nas participantes

Na Tabela 14 estão descritas as condições associadas dos diagnósticos de enfermagem com frequência superior à 40% na amostra estudada.

Tabela 14 - Distribuição das condições associadas para os diagnósticos de enfermagem com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I - Brasília, julho a outubro 2020.

Diagnóstico de enfermagem / Condições associadas	N	%
Integridade tissular Prejudicada (N=60)		
Procedimento cirúrgico (cirurgia/sutura perineal)	53	88,3
Trauma vascular	5	8,3

Alteração hormonal	2	3,3
Total	60	
Volume de líquido excessivo (N=34)		
Mecanismo de regulação comprometido	3	8,8
Total	3	
Constipação (N=30)		
Gravidez	3	10,0
Total	3	
Risco de quedas (N=29)		
Equilíbrio prejudicado	29	100,0
Período de recuperação pós-operatória	29	100,0
Agente farmacêutico	2	6,9
Uso de dispositivo auxiliar	1	3,4
Total	61	

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Conforme Tabela 14, dos nove diagnósticos de enfermagem que apresentaram prevalência superior à 40%, quatro tiveram condições associadas. Destaca-se que cada diagnóstico pode haver mais de uma condição associada, conforme levantamento de dados realizado nas entrevistadas. Integridade tissular prejudicada obteve três condições associadas: procedimento cirúrgico (cirurgia ou sutura perineal) (88,3%), trauma vascular (8,3%), e alteração hormonal (fisiológica do processo gestacional) (3,3%).

Volume de líquido excessivo apresentou mecanismo de regulação comprometido como única condição associada, presente em 8,8% das 34 puérperas em que esse diagnóstico foi levantado. Outro diagnóstico que também teve apenas uma condição associada foi constipação, sendo gravidez elencado em 10% das 30 (41,7%) mulheres com esse diagnóstico.

As condições associadas para risco de quedas, presente em 29 (40,3%) das entrevistadas, foram equilíbrio prejudicado (Escala de Morse com escore acima de 25) e período de recuperação pós-operatória, ambos com 100,0% de frequência cada, seguido de agente farmacêutico (6,9%) e uso de dispositivo auxiliar (3,4%).

5.3.5. População de risco dos diagnósticos de enfermagem de maior prevalência nas participantes

Na Tabela 15 está discriminada a população de risco dos diagnósticos de enfermagem com prevalência superior à 40%, com suas respectivas frequências absolutas e porcentagens.

Tabela 15 - Distribuição da população em risco para os diagnósticos de enfermagem com frequência superior a 40%, segundo NANDA-I - Brasília, julho a outubro 2020.

Diagnóstico de enfermagem / População em risco	N	%
Ansiedade (N=33)		
Crise situacional	27	81,8
Mudança importante	14	42,4
Crise maturacional	2	6,1
Total	43	
Risco de quedas (N=29)		
História de quedas	2	6,9
Total	2	

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Crise situacional foi a população de risco mais prevalente (81,8%) do diagnóstico de enfermagem ansiedade, presente em 27 das 33 mulheres em que esse diagnóstico foi levantado; seguido de mudança importante (42,4%), e crise maturacional (6,1%). Já o diagnóstico Risco de quedas, presente em 29 (40,3%) das puérperas, obteve apenas história de quedas (6,9%) como população de risco, como apresentado na Tabela 15.

6. DISCUSSÃO

A assistência ao período puerperal deve ser realizada de forma integral, considerando todos os aspectos da vida da mulher, de forma a contribuir na sua recuperação física, na adaptação social após a chegada do bebê, nos cuidados com o recém-nascido, na amamentação, entre outros (BRASIL, 2019; SANTOS *et al.*, 2020). A(o) enfermeira(o), sendo o profissional que oferece uma assistência por um tempo maior, comparando-se aos demais membros da equipe, deve englobar esses aspectos no seu planejamento de cuidado.

A(o) enfermeira(o) possui ainda uma ampla gama de conhecimentos, não só pelo próprio construto do cuidado de sua formação, que abrange os campos da saúde física,

emocional, social, e cultural da mulher, mas também o campo da ciência, com pesquisas, avanços teóricos e aprofundamento intelectual de sua prática.

A teoria de Ramona Mercer é de essencial importância nesse âmbito por fornecer subsídios teórico-científico-prático para a prestação de um cuidado que permeie as nuances desse período de transição da mulher. Tal teoria guia para que a(o) enfermeira(o) identifique fatores que possam influenciar o processo de tornar-se mãe, fornece uma base para a elaboração dos planos de cuidado e intervenções adequados para o fortalecimento da díade mãe e criança, além de reforçar a autoestima e autoconfiança no desempenho do papel materno (SANTOS *et al.* 2020).

Para tanto, é imprescindível o conhecimento do perfil sociodemográfico e prognósticos de puérperas atendidas em unidades de alojamento conjunto, a fim de traçar planos de cuidados direcionados que possam contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada a esse público (ANDRADE *et al.*, 2018).

Diante do exposto, os resultados do presente estudo serão discutidos à luz da teoria da Consecução do papel materno, visando conhecimento do perfil sociodemográficos das mulheres internadas no setor de alojamento conjunto, as quais encontravam-se no puerpério mediato, o perfil clínico obstétrico e o perfil de diagnósticos de enfermagem.

6.1. Caracterização sociodemográfica e econômica

A amostra foi caracterizada pela predominância de mulheres jovens, na faixa etária entre 18 a 35 anos (84,7%), corroborando com outros estudos (KUZMA *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2017; VANETTI; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2017; WIELGANCZUK *et al.*, 2019; GLUSCZAK *et al.*, 2019; FONSECA; VISNARDI; TRALDI, 2019; COSTENARO *et al.*, 2021). A idade fértil da mulher é definida por um amplo período, que engloba de 10 a 49 anos, contemplando assim uma diversidade de contextos socioculturais e de situações de vida e maturidade (BRASIL, 2019). Sabe-se que os extremos desse período, quanto mais jovem ou quanto mais idade, apresentam maiores riscos recorrentes de complicações próprias à idade, tanto para a gestação, quanto para o parto e o período perinatal (COSTENARO *et al.*, 2021).

No Brasil, é notório o número expressivo de mulheres que engravidam na adolescência, as quais representam uma preocupação para as políticas públicas por trazerem impactos dimensionais. Por outro lado, temos um perfil de mulheres com gestações tardias, após os 35 anos, ocasionado ao maior grau de escolaridade e mais instrução, com consequente

controle de natalidade, e por estarem em pleno exercício profissional, e apesar de representar uma pequena parcela, merecem destaque por envolver também um cuidado direcionado a esse público (ARAÚJO *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2017; BRASIL, 2019; COSTENARO *et al.*, 2021). No presente estudo, a predominância de jovens que pertencem ao grupo de menor risco obstétrico, e de maior propensão à fertilidade, se deu aos critérios de inclusão de mulheres acima de 18 anos, influenciando para que na amostra não tivesse sido identificado adolescentes em idades extremas.

A idade materna é um dos conceitos trazidos por Mercer, como sendo cronológica e de desenvolvimento, segundo Santos *et al.* (2020), a pouca idade materna impacta no enfrentamento e nas responsabilidades de gerar e cuidar de um filho, e conseqüentemente na autoestima e autoconceito dessa mulher, agravando a tensão no papel materno. Para Caetano (2020), a idade da mãe influencia a natureza e a intensidade das preocupações maternas, sendo essencial o direcionamento de cuidados que integrem essa variável.

É sabido sobre a problemática em torno da questão racial no Brasil, ao fragmentar os grupos, tem-se uma amplificação das desigualdades com as variáveis gênero feminino, baixa renda e baixa escolaridade, que somadas ainda às características genéticas particulares das mulheres negras que envolvem mais riscos para desfechos desfavoráveis da gestação, esse problema se torna prioridade nas ações de políticas públicas (PACHECO *et al.*, 2018). Costenaro *et al.* (2021) ressalta a prevalência de doenças como diabetes e hipertensão arterial em mulheres negras durante o período gravídico-puerperal, além de pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

Porto e Pequeno (2018) realizaram uma pesquisa na mesma instituição do presente estudo e identificaram o mesmo perfil de mulheres, que se autodeclararam pardas, indo assim ao encontro de outros achados da literatura (ARAÚJO *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2017; BELLO *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2020). Em contrapartida, outros estudos (GLUSCZAK *et al.*, 2019; COSTENARO *et al.*, 2021) apontam predominância de mulheres da raça/cor branca, porém ambos realizados na região sul do país, e apesar da cor preta e parda representaram a grande massa nacional, esse achado reforça a necessidade de estudos locais para caracterizar o perfil regional e melhor direcionamento das ações de saúde.

A situação conjugal da mulher é de suma importância. Entre os pressupostos descritos por Ramona Mercer está a contribuição do parceiro íntimo para a consecução do papel

materno, sendo esse papel insubstituível por outra pessoa que esteja cuidando da puérpera (MERCER, 1981; MERCER *et al.*, 1986). Foi evidenciada na amostra uma predominância de mulheres em um relacionamento estável com o pai da criança, com uma porcentagem semelhante ao estudo de Fonseca, Visnardi e Traldi (2019), o qual 82,9% das puérperas viviam com companheiros, achado também apontado por outros autores (KUZMA *et al.*, 2016; VANETTI; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2017; PORTO; PEQUENO, 2018). Para Costenaro *et al.* (2021) a presença do companheiro pode ainda impactar na prevenção de complicações na gestação, estando relacionado a maior adesão às recomendações de saúde preconizadas, às orientações e ao seguimento de pré-natal.

Mercer descreveu a inter-relação entre pai-mãe-bebê dentro do microssistema, no qual a mulher alcança o papel materno, sendo um dos principais fatores influentes na aquisição desse papel (MERCER; FERKETICK, 1995). A autora descreve ainda que o nascimento da criança afeta a estrutura familiar e requer mudança nas tarefas dos pais e suas responsabilidades, impactando assim na relação entre o casal (MERCER; FERKETICH; DeJOSEPH, 1993). Tais mudanças influenciam na aquisição do papel materno e também no papel paterno, e o casal vai adquirindo essa nova identidade conforme a criança vai desenvolvendo, pela interação dessa tríade. Mercer destaca que a mudança na mulher acontece de forma mais intensa, não só fisicamente, mas principalmente na vida social e em seus papéis, sendo o envolvimento do parceiro durante a gravidez, o parto e no puerpério um fator positivo, esse apoio e a interação dele com o binômio, auxilia na redução da tensão da mulher e facilita no processo de seu novo papel (MERCER; FERKETICH; DeJOSEPH, 1993; MERCER; FERKETICK, 1995).

No que se refere à escolaridade, os dados encontrados corroboram com a literatura, em que a maioria das mulheres apresentou um médio grau de instrução (PORTO; PEQUENO, 2018; FONSECA; VISNARDI; TRALDI, 2019; SILVA R. C. F. *et al.*, 2020). É uma variável de suma importância por impactar diretamente na aderência as orientações de saúde dadas pelos profissionais, sendo ainda um indicador de melhores condições sociais (SANTOS *et al.*, 2017). Apesar do maior grau de instrução favorecer o acesso ao emprego, na população estudada a maioria das mulheres eram do lar, ou seja, não exerciam atividade remunerada, perfil evidenciado também em outros estudos (VANETTI; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2017; BELLO *et al.*, 2018; FONSECA; VISNARDI; TRALDI, 2019). E a renda familiar

evidenciada de dois a três salários mínimos, assim como no estudo de Araújo *et al.* (2015) não era resultante do seu trabalho.

No que concerne à situação social relacionada à moradia, composição familiar e à crença religiosa, nota-se uma predominância de mulheres que moram em imóveis alugados, com a composição familiar de até quatro membros, e com uma religião (CRUZ; CARVALHO; IRFFI, 2016; REIGERT *et al.*, 2018). Para Mercer (1981) o componente família está incluído no microsistema, e interage com os outros sistemas sociais, sendo o sistema que representa maior influência na consecução do papel materno. Segundo Meighan (2017) a religião foi descrita por Mercer como o componente igreja e compõe o mesossistema, a qual influencia e delimita o microsistema. Nesse contexto, na assistência de enfermagem, a investigação da situação de moradia, o número de pessoas que constituem a família, assim como a crença religiosa são características que norteiam as ações de saúde e favorecem um planejamento direcionado que contemple a realidade da mulher.

É sabido que o estudo do fluxo relacionado a procedência das mulheres atendidas nas instituições de saúde é essencial para a elaboração de ações e políticas públicas. Na obstetria esse estudo se torna ainda mais indispensável, uma vez que a peregrinação para obter uma assistência hospitalar no momento do parto pode ocasionar sérias consequências à parturiente e ao recém-nascido. No Distrito Federal, tem-se as regiões administrativas que somadas a alguns municípios de Minas Gerais e Goiás do entorno, compõem a Rede Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno (RIDE-DF). Em alguns hospitais maternidades da Secretaria de Saúde do DF (SES-DF) chega a mais de 50% a demanda de gestantes oriundas de municípios do entorno, dado semelhante ao encontrado neste estudo, no qual 50% das mulheres eram do entorno (SILVA; GOTTEMS, 2016). Ressalta-se que a alta porcentagem de mulheres advindas de Águas Lindas, 41,6% pode estar relacionada à absorção dessa clientela devido ao momento de calamidade pública ocasionado pela pandemia do COVID-19.

6.2. Caracterização clínica obstétrica

6.2.1. Características Clínicas

O estado de saúde é um dos conceitos descritos por Ramona Mercer, a qual define como sendo a percepção não só da mulher, mas também de seu companheiro em relação a sua saúde atual ou anterior à gestação. Tal conceito engloba ainda a aceitação ou rejeição do estado de adoecimento, a adesão às orientações de saúde, resistência e susceptibilidade à

doença, entre outros (MERCER, 1981; MERCER *et al.*, 1986). Gestantes acometidas por doenças correspondem uma preocupação para a saúde pública, exigindo um pré-natal de alto risco e uma condução especializada, por envolver riscos não só para a mãe, mas para o feto.

A mortalidade materna, óbito materno que acontece durante a gestação, parto ou puerpério em até 42 dias, constitui uma preocupação mundial, sendo um indicador de saúde pública direcionada à mulher, e de desigualdades sociais, representa diretamente falhas nas políticas públicas, na assistência dos profissionais de saúde, e na sociedade como um todo (BRASIL, 2020).

Dentre as causas têm-se as obstétricas diretas e as indiretas. A primeira corresponde à grande parcela dos óbitos materno e refere-se às complicações ocorridas durante a gestação, parto ou puerpério, estando relacionadas às intervenções médicas desnecessárias, omissões, erros diagnósticos e no tratamento, destacando dentre essas, a hipertensão, hemorragias, infecção puerperal e abortos. Já as causas obstétricas indiretas, refere-se às ocasionadas por doenças prévias ou com desenvolvimento durante a gestação, com destaque às doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e doenças infecciosas e parasitárias maternas (BRASIL, 2020).

Dentre as diversas doenças, destaca-se uma prevalência das doenças hipertensivas e diabetes melito na gestação, sendo as principais causas de morbimortalidade materna, fetal e infantil; este último merece destaque pela epidemia de obesidade, que aumenta ainda mais sua prevalência, e por estar associado a piores desfechos adversos, como pré-eclâmpsia, macrosomia fetal, polidrâmnio, trauma materno ou fetal no parto, partos operatórios, mortalidade perinatal, morbidade respiratória e metabólica neonatal (BRASIL, 2019).

No presente estudo, houve predominância de mulheres que tinham ou que apresentaram na gestação alguma doença ou intercorrência, sendo as principais o diabetes melito gestacional e a hipertensão arterial gestacional, achado também descrito na literatura (GLUSCZAK *et al.*, 2019; SILVA R. C. F. *et al.*, 2020; MORAIS *et al.*, 2020; FULCO *et al.*, 2021). Essa predominância de mulheres com algum acometimento na gestação pode estar associada ao fato do local de estudo ser uma referência para casos de alto risco.

Em estudo realizado por Laginestra *et al.* (2019), os autores identificaram complicações neonatais e maternas a curto e a longo prazo de mulheres que tinham diabetes gestacional. Para o neonato, a hipoxemia fetal, distócia de ombros, lesão do plexo braquial,

fratura clavicular, dificuldade respiratória, distúrbios eletrolíticos e metabólicos e a morte fetal são classificadas pelos autores como as complicações a curto prazo; enquanto o risco aumentado para desenvolver diabetes melito tipo 2, excesso de peso e lesões persistentes do plexo braquial, correspondem às complicações a longo prazo. Já para a mulher, os autores apontam o trabalho de parto prolongado, lacerações perineais, atonia uterina e hemorragia pós-parto grave como complicações a curto prazo; e os defeitos perineais persistentes, disfunção anal e aumento da prevalência de obesidade como complicações a longo prazo (LAGINESTRA *et al.*, 2019).

A hipertensão gestacional pode perdurar até 12 semanas após o parto, também é grande responsável por complicações no ciclo gravídico-puerperal. As complicações maternas relatadas na literatura são: acidente vascular cerebral, insuficiência renal aguda ou hepática e síndrome HELLP, hemorragias, descolamento prematuro de placenta, e morte materna; e as complicações fetais são: crescimento intrauterino restrito (CIUR), parto prematuro, baixo peso ao nascer, e morte fetal (MORAIS *et al.*, 2020; BRASIL, 2020; FULCO *et al.*, 2021).

O conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento dessa injúria é essencial para traçar um plano de intervenção na prevenção, detecção e tratamento precoces. A literatura aponta maior prevalência em mulheres negras, com idade avançada, com diabetes melito, sobrepeso ou obesidade, tabagistas, sedentárias, nulíparas, gestação gemelar em curso, dentre outros; estando ainda as condições socioeconômicas e demográficas desfavoráveis, como baixa escolaridade e baixa renda familiar dentre os fatores relacionados as piores desfechos maternos-neonatais (MORAIS *et al.*, 2020; FULCO *et al.*, 2021). Fulco *et al.* (2021) destaca ainda a essencialidade do acompanhamento de pré-natal de qualidade, e de início precoce, como um fator determinante para evitar condições que podem levar a mortalidade materna e fetal.

A literatura aponta ainda uma relação entre gestantes com DMG e HAG com a via de parto cesariana, e maiores riscos de um parto cirúrgico em mulheres com esses acometimentos (MORAIS *et al.*, 2020; FULCO *et al.*, 2021). No presente estudo houve uma predominância de cesarianas corroborando esse achado, no entanto no que se refere às complicações durante o parto ou no pós-parto, apenas uma minoria apresentou, o que pode estar relacionada à uma assistência de qualidade, na qual, a adoção de condutas oportunas pode estar associada aos desfechos favoráveis, além do acesso ao acompanhamento de pré-natal, que como descrito é um fator essencial.

Dentre as complicações identificadas durante o parto ou no pós-parto na população estudada, encontra-se a hemorragia, distócia de ombros, e a hipóxia neonatal, como discutido anteriormente complicações frequentemente relacionadas à DMG e a HAG. Vale ressaltar a baixa taxa de complicações identificada nesse estudo pode ter relação ao período de coleta de dados que contemplou apenas mulheres que se encontravam até o 3º dia do puerpério mediato, limitando-se as complicações a curto prazo e não avaliando possíveis complicações tardias.

6.2.2. Características Obstétricas

Os contributos da assistência de enfermagem à puérpera devem levar em consideração suas características obstétricas. Segundo Machado *et al.* (2020) mulheres primíparas tendem a apresentar preocupações que permeiam a atribuição de novos papéis sociais, as mudanças corporais, e os sentimentos ambíguos relacionados a primeira experiência da maternidade; enquanto as múltiparas, a predominância é de sentimentos relacionados à criação, somados a uma preocupação em torno dos outros filhos, impactando mais na dinâmica familiar.

A predominância de múltiparas, assim como gestações não planejadas, mas aceitas, e a adesão ao acompanhamento de pré-natal, de início precoce realizando-se mais de seis consultas, demonstra que a amostra estudada é semelhante ao encontrado em outros estudos (BELLO *et al.*, 2018; PORTO; PEQUENO, 2018; GLUSCZAK *et al.*, 2019; WIELGANCIUK *et al.*, 2019; FONSECA; VISNARDI; TRALDI, 2019; SILVA R. C. F. *et al.*, 2020). O ministério da saúde aponta alguns indicadores essenciais para redução da morbimortalidade materna e neonatal, dentre eles destaca-se a assistência ao pré-natal, com início precoce, e um número mínimo de consultas igual à seis. Apesar da cobertura ao pré-natal no Brasil contemplar esses requisitos na maioria das regiões, a qualidade ainda está aquém, principalmente entre os grupos socioeconômicos mais baixos (LEAL *et al.*, 2020). Reforçando a necessidade de adoção de ações que visem a qualidade da assistência prestada durante o pré-natal, para além dos números.

Para Costenaro *et al.* (2021), as mulheres que vivenciam uma gestação não planejada, tendem a apresentar mais crises e conflitos familiares, podendo trazer consequências emocionais e no próprio autocuidado.

O pré-natal é o momento oportuno para acolher as demandas individualizadas de cada caso, sendo essencial a educação em saúde e o estímulo pela busca de conhecimento e empoderamento dessa mulher e de seu companheiro nas escolhas relacionadas à saúde do binômio. Para tanto, o apoio social que engloba o apoio emocional, informativo, físico e de apreciação podem estar envolvidos na aceitação e vinculação com o recém-nascido, favorecendo a consecução do papel materno da mulher e impactando positivamente no processo gestacional e puerperal (MERCER, 1986; MERCER *et al.* 1986).

A qualidade do pré-natal influencia ainda o desfecho e a via do parto. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima uma porcentagem ideal de cesariana perto de 15%, para Fernandes *et al.* (2019), quanto mais as taxas de cesárea se distanciam dessa porcentagem maior a associação com a morbimortalidade materna e neonatal. No que concerne a via de parto, predominou-se a cesariana, corroborando ao estudo de Gluszczak *et al.* (2019), e Porto e Pequeno (2018). Em contrapartida, outros autores apontam uma prevalência de parto vaginal no sistema público, mesmo para mulheres com perfil semelhante ao da amostra estudada (SANTOS *et al.*, 2017; BELLO *et al.*, 2018; WIELGANCZUK *et al.*, 2019). Esse número de cesáreas identificado no presente estudo pode estar associado ao fato de ser um hospital referência para alto risco, e a prevalência de doenças e intercorrências na gestação apontado na população em questão, fatores que convergem para casos mais complexos que podem requerer uma resolução imediata da gestação.

O período gestacional do termo é compreendido a partir de 37 semanas até às 42 semanas de gestação, apesar da data provável do parto corresponder às 40 semanas, uma minoria dos partos de risco acontece espontaneamente antes desse período. No presente estudo, assim como em outros descritos na literatura, a idade gestacional predominante no dia do parto foi de 39 semanas à 40 semanas e 6 dias, e a maioria das mulheres encontrava-se no primeiro dia pós-parto durante a coleta de dados e avaliação física (KUZMA *et al.*, 2016; VANETTI; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2017; PORTO; PEQUENO, 2018; WIELGANCZUK *et al.*, 2019; COSTENARO *et al.*, 2021). Esse achado pode estar relacionado aos critérios de inclusão que contemplou apenas mulheres que tiveram os bebês acima de 34 semanas, uma vez que o binômio correspondente aos partos de recém-nascidos prematuros extremos envolver uma gama de particularidades que difeririam das demais.

6.2.3. Aplicação das escalas de padrão de risco

A utilização de escalas, é uma prática crescente na assistência ao paciente, dentre muitos benefícios, norteiam a avaliação precisa de condições clínicas, sistematiza o achado, e padroniza a referência, auxiliando na intervenção prestada. Porém não é raro encontrar profissionais que têm conhecimento sobre essa importância, mas que não usam por falta de prática e por não sistematizar o cuidado (BARROS *et al.*, 2019). Utilizou-se na avaliação das puérperas no setor de Alojamento Conjunto três escalas: Escala de Morse, Escala Verbal Numérica (EVN) e Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE).

Logo após o parto a mulher passa por uma série de mudanças fisiológicas em seu organismo, principalmente nas primeiras 24 horas, seu centro de gravidade sem o peso do útero gravídico; a circulação com a perda de sangue no parto, mesmo que fisiológica; o cansaço relacionado ao processo do parto; as medicações em uso; além de todos os fatores emocionais; em conjunto são potenciais riscos para quedas nessa clientela (CAKMAK; RIBEIRO; INANIR, 2016; COSTA A. G. T. *et al.*, 2018;).

Gaffey (2015) aponta maiores riscos de queda em mulheres jovens, por geralmente, serem mais ativas, gestantes no terceiro trimestre devido às oscilações posturais com o crescimento abdominal; puérperas na primeira semana após o parto relacionado ao levantar após um período de repouso, dificuldades associadas a deambulação, a dor, e ao medo. A autora descreve ainda um aumento desse risco em mulheres com histórias prévias de queda, doenças cardiovasculares, hemorragias, uso de anestesia e analgesias, hipotensão, exaustão física associada ao trabalho de parto, dentre outros (GAFFEY, 2015). Cakmak, Ribeiro e Inanir (2016) descrevem ainda um aumento do risco de queda com um estilo de vida sedentário, presença de ansiedade, diabetes gestacional e hiperêmese gravídica, fatores que aumentam a instabilidade postural.

A Escala de Morse, apesar de não ser um instrumento específico para puérperas, permite uma avaliação segura na prevenção de quedas, é a única escala traduzida e validada transculturalmente para o Brasil (COSTA *et al.*, 2020). Algumas variáveis da referida escala apontam para o aumento do risco de queda, tais como o diagnóstico secundário, no qual doenças ou condições de saúde como hipotensão, déficits nutricionais, insônia, incontinência ou urgência urinária, tonturas, vertigens, desequilíbrio ou alterações posturais, doenças crônicas como diabetes, hipertensão e outras que, mesmo medicadas e/ou controladas,

possam, a qualquer momento, sofrer alterações que interfiram na probabilidade de queda. O apoio na mobília ao deambular também aumenta o risco, pelo fato da dificuldade na deambulação seja por agente físico como a dor, e também pelo medo de cair; assim como o uso de dispositivo venoso que dificulta a livre deambulação; e a marcha, quando a puérpera anda curvada, comum após a cesárea pela localização da ferida operatória e associada ao esvaziamento uterino que leva a uma adaptação física no centro de gravidade (EBSERH, 2020c).

A via alta de parto é um dos principais fatores de risco para queda em unidades de alojamento conjunto, associa a dor e a dificuldade na locomoção (EBSERH, 2020c). É notório que as mulheres submetidas à cesariana, apresentam uma somatória de fatores que podem aumentar o risco de queda, como o diagnóstico secundário (cirurgia), uso de dispositivo endovenoso para reposição volêmica, medicações endovenosas, submissão à anestesia, e uso de analgésicos, além da dor e do medo em locomover-se.

A partir da aplicação da escala de Morse evidenciou-se baixo risco de queda na população estudada, contrapondo o achado no estudo realizado por Costa A. G. T. *et al.* (2018), no qual as autoras descrevem maior taxa de risco médio e alto para quedas em puérperas. Porém na amostra do presente estudo predominou-se mulheres com parto cesariana, mas vale ressaltar que uma porcentagem significativa teve parto normal, o que pode diferir do estudo supracitado, no qual as autoras avaliaram um público exclusivamente de mulheres que tiveram cesariana.

A literatura aponta maior risco de quedas nas primeiras 24 horas após o parto, principalmente as primeiras 2 horas devido a abrupta mudança fisiológica e física que ocorre no organismo da mulher (GAFFEY, 2015; ÇAKMAK; RIBEIRO; INANIR, 2016). No entanto, no presente estudo das 59 puérperas que se encontravam no primeiro dia pós-parto, 37 apresentaram baixo risco para queda, 21 moderado risco e uma alto risco, de acordo com a aplicação da Escala de Morse. Esse achado pode estar relacionado a rotina do setor de deixar as puérperas em observação no pós-parto imediato ainda no centro obstétrico, e depois de duas horas serem transferidas para o ALCON já sem acesso venoso e estáveis, diminuindo assim os fatores envolvidos nesse risco. E apesar desse achado, ressalta-se a importância de medidas preventivas também para as puérperas que apresentam baixo risco de quedas, uma vez que as consequências para a saúde da puérpera diante da ocorrência desse evento podem ser severas.

Recomenda-se que a avaliação do risco de queda utilizando-se a escala de Morse em alojamento conjunto seja realizada na admissão da puérpera, a cada 48 horas, ou diante da alteração do quadro clínico do paciente ou ocorrência de queda (EBSERH, 2020c).

Outro estudo realizado por Costa *et al.* (2020), as autoras ressaltam a importância do uso da referida escala para a redução da ocorrência de quedas nessa clientela, por nortear a assistência prestada, reiteram que “há melhoria da comunicação, intervenções para promover a segurança no ambiente físico, educação da equipe e medidas de orientações fornecidas aos pacientes e acompanhantes” (COSTA *et al.*, 2020). Cakmak, Ribeiro e Inanir (2016) trazem um enfoque em medidas que aumentem a estabilidade postural das mulheres ainda no pré-natal, estimulando a adoção de um estilo de vida saudável, a prática de atividade física, estimulando a consciência corporal, e o uso de cintas que possam oferecer maior estabilidade abdominal após o parto.

É evidente que a amostra estudada corresponde a um grupo de risco para queda nas instituições de saúde, sendo notório que a adoção de rotinas protocolares baseadas em escalas e intervenções direcionadas constituem uma iniciativa eficaz, de baixo custo, e com resultados (GAFFEY, 2015).

A dor é considerada o quinto sinal vital e engloba fatores multidimensionais (físico-psicológicos-sociais) sendo, portanto, de extrema importância sua avaliação durante a assistência prestada às puérperas. Além da avaliação subjetiva, ela deve ser mensurada por meio de escalas que possam quantificá-la e direcionar o cuidado. Ademais, é comum o período puerperal ser dotado de desconfortos inerentes ao processo do parto e da amamentação, segundo Tomasoni *et al.* (2020) a amamentação é a principal causa de queixas de dor, relacionada a dor mamilar durante a sucção do bebê, e também às cólicas uterinas ocasionadas pela liberação de ocitocina que provoca contração uterina durante o processo fisiológico da ejeção do leite. As autoras também descrevem presença de dor moderada relacionada à incisão da cesariana, lombalgia pós-parto, e dor perineal (TOMASONI *et al.*, 2020).

Friedrick *et al.* (2019) associam ainda, a dor à fatores psicológicos, os quais encontram-se fragilizados nesse período, e tem relação direta à percepção e ao enfrentamento dos estressores, da rede de apoio e da experiência vivida pela mulher. Os autores destacam a importância dos profissionais de enfermagem na elaboração de intervenções focadas nas

reais necessidades da puérpera, de forma a contemplar o campo psicoemocional tão relevantes nessa clientela (FRIEDRICK *et al.*, 2019). Tais intervenções objetivam reduzir o impacto da presença de dor que nesse período pode interferir no desenvolvimento das atividades de autocuidado da mulher, no cuidado do recém-nascido, entre outros fatores que podem atrasar o contato e o vínculo entre mãe-filho (FRIEDRICK *et al.*, 2019; ZEBRAL *et al.*, 2019).

Na amostra estudada houve predomínio de mulheres que apresentaram dor leve/moderada, mensuradas pela Escala Verbal Numérica da dor; corroborando à literatura, na qual diversos estudos também apresentaram resultados semelhantes quanto ao nível da dor (RETT *et al.*, 2017; ZEBRAL *et al.*, 2019; TOMASONI *et al.*, 2020; CAETANO, 2020). Zebal *et al.* (2019) apontaram prevalência de dor moderada em público semelhante ao da amostra estudada, e ao comparar presença de dor com via de parto observaram dor intensa em mulheres submetidas à cesariana. Na presente investigação, não foi objetivo comparar presença de dor com a via de parto, mas vale ressaltar a predominância de mulheres com parto cesariana (57%) na amostra estudada, mas sendo baixa (25%) a porcentagem de mulheres que referiram dor intensa ou insuportável, podendo estar relacionado ao uso de analgésicos no pós-parto.

A maternidade é uma das mudanças mais críticas da vida da mulher, e das pessoas em sua volta, fortemente associada a crises emocionais e inúmeros desafios, requer uma série de rearranjos de papéis e funções, sendo um momento intenso de aprendizagem (GRAÇA, 2010). Nesse contexto, a mulher experimenta um processo adaptativo ao novo papel, que permeia momentos de maior e menor dificuldade, e envolve componentes como a ligação com o bebê, o sentimento de competência nos cuidados da criança sentido pela mulher, e a expressão de satisfação no desempenho do papel materno (MERCER, 2004). Cunningham *et al.* (2016) ressaltam que além do extremo estresse vivenciado nesse período, os intensos efeitos hormonais no organismo da mulher, aumentam o risco de doenças mentais, principalmente em mulheres que tiveram complicações obstétricas, além de idade materna jovem, a condição marital solteira, gravidez indesejada, história de transtorno psiquiátrico prévio, conflitos conjugais, etc.

Para Mercer e Ferketick (1995) e Mercer (1986) o período de pós-parto é o momento mais delicado, no qual a mulher passa por uma intensa recuperação física, e na maioria das vezes se encontra fragilizada emocionalmente e com inúmeras demandas de aprendizagem

nos cuidados da criança, experiências que com o passar dos dias resultam em uma nova identidade, e à aquisição de novos papéis nos relacionamentos.

Para Graça (2010) “A transição para a maternidade, pode ter impactos negativos na saúde mental das mulheres, sendo referidas experiências de crises severas ou moderadas. Independentemente da psicopatologia, esta transição implica adaptação a um novo papel” (GRAÇA, 2010). Mercer (2004) destaca que os sintomas depressivos maternos podem surgir até 6 meses após o parto, e estão associados a sentimentos como rejeição ou aceitação materna, autoestima, apoio social, familiar, dentre outros.

A depressão pós-parto (DPP) é um entre os diversos transtornos puerperais que acometem a mulher (CANTILINO, 2010). Os sintomas mais comuns são: tristeza persistente, ansiedade, sensação de “vazio”, e de impotência nos cuidados do recém-nascido, sentimento de culpa, fadiga, insônia, ideias suicidas, irritabilidade com o choro do bebê, dentre outros (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

Nesse âmbito, a avaliação de situações de risco para depressão pós-parto é essencial para implementação de intervenções em momento oportuno (CANTILINO, 2010). No presente estudo essa avaliação de risco foi realizada utilizando-se a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE). Evidenciou-se que a maioria das entrevistadas não apresentou escores sugestivos de risco para depressão pós-parto, corroborando com outros estudos (LIMA *et al.*, 2016; SEIXAS *et al.*, 2019; FARIAS; NERY; SANTANA, 2019; SILVA, 2020).

Segundo Cantilino (2010) “não existe consenso a respeito do período ideal para se realizar as triagens, se apenas no período puerperal é possível se diagnosticar uma DPP e até quanto tempo após o parto esta condição clínica pode ser relacionada a ele”. No entanto, sabe-se que nos primeiros dias após o nascimento do bebê a mulher que vivencia intensas mudanças físicas e hormonais passa na maioria dos casos, por intensas demandas de aprendizagem e de cuidado que associados a fatores como a privação do sono e a exaustão materna deixa-a mais fragilizada e suscetível a adoecimentos psíquicos (ARRAIS; ARAUJO, 2017).

Na amostra estudada a baixa prevalência de depressão pós-parto pode estar relacionada ao momento em que os dados foram coletados, 3º dia pós-parto, e ao perfil das mulheres, com relacionamento estável, sem histórico de doenças psiquiátricas prévias, e com

gestações aceitas, apesar de não terem sido planejadas. Provavelmente o momento do pós parto em que aconteceu a coleta de dados tenha representado o principal fator da baixa prevalência de depressão nas mulheres estudadas, pois estudos apontam maiores riscos de DPP após a primeira semana de nascimento do bebê, sendo necessário uma posterior aplicação da referida escala no mesmo público. O acompanhamento das puérperas entrevistadas após a alta hospitalar não se constituiu objetivo do presente estudo.

A literatura descreve alguns fatores de risco para o desenvolvimento da DPP, sendo a idade jovem, baixa escolaridade, baixa renda familiar, história familiar ou pessoal prévia para adoecimentos psíquicos, gestação não planejada ou indesejada sendo fatores estressantes e relacionados à rejeição do filho, estado civil solteira e fragilidade na rede de apoio pela falta de suporte (LIMA *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2021). Estando no geral, associado a fatores estressores que tendem a gerar mais sobrecarga física e mental na mulher. Silva *et al.* (2021) reiteram ainda os eventos negativos que impactam diretamente a saúde emocional da mulher, tipo de parto com complicações perinatais e com violência obstétrica (SILVA *et al.*, 2021).

No que se refere as questões da EDPE, das 14 mulheres (19,4%) que apresentaram o risco para DPP na amostra estudada, a maioria apresentou resultado positivo para as questões: não ser capaz de rir e achar graça das coisas (questão 1), ausência ou diminuição do prazer ao pensar no que está para acontecer no dia a dia (questão 2), sentir-se ansiosa ou preocupada sem uma boa razão (questão 4), sentir-se esmagada pelas tarefas e acontecimentos diários (questão 6), sentir-se triste ou arrasada (questão 8), e sentir-se tão infeliz que tem chorado (questão 9). Segundo Lima *et al.*, (2016) as questões 1 e 2 estão relacionadas a sintomas depressivos, a questão 4 indica fatores para desenvolvimento de ansiedade, e as questões 6, 8 e 9 indicam tanto sintomas depressivos quanto sintomas de ansiedade.

Apesar da EDPE ser uma ferramenta eficaz no rastreamento do risco para DPP, de simples aplicação, podendo ser aplicada por qualquer profissional de saúde não necessariamente especialista em saúde mental, alguns profissionais ainda limitam sua adoção na prática (ARRAIS; ARAÚJO, 2017). Diante dos impactos provocados na sociedade por esse adoecimento, ressalta-se a importância da adoção dessa avaliação nos setores de alojamento conjunto, em especial pela profissional de enfermagem na sistematização e protocolos assistenciais que visem a detecção precoce e intervenção em tempo oportuno.

O conhecimento do estado de saúde da mãe e do bebê e dos contextos envolvidos, favorece a identificação de diagnósticos de enfermagem que promovam à saúde mental da mulher recém-mãe, e consecutivamente da criança. Segundo Mercer (2006) a enfermeira ocupa um lugar essencial nesse cuidado prestado, e cada interação com a mulher deve ser maximizada para oferecer recursos de enfrentamento e reforçar habilidades que auxiliem na identidade materna e na prevenção do adoecimento psíquico. Graça (2010) também destaca o papel dessa profissional, segundo o autor “as enfermeiras estabelecem relações sustentadas, duradouras e intensas com as mulheres, sendo responsáveis por multiplicidade de intervenções no processo de transição para a maternidade”.

6.3. Diagnósticos de enfermagem em puérperas internadas no alojamento conjunto

A sistematização da assistência de enfermagem é a essência para a organização e otimização do cuidado prestado, e os diagnósticos de enfermagem por sua vez, expressam os fenômenos inerentes às reais demandas da puérpera. Os resultados descritos apresentam uma distribuição de diagnósticos em 11 dos 13 domínios classificados na taxonomia da NANDA-I (2018). Os dois domínios não representados foram Princípios da vida e Crescimento/desenvolvimento, esse fato pode estar associado ao perfil das entrevistadas.

A taxonomia utilizada traz a definição dos domínios como áreas de interesse ou sob a qual alguém exerce controle, sendo níveis mais abrangentes de classificação, que dividem os fenômenos em grupos principais (NANDA-I, 2018).

Como já apresentado, foram identificados 638 diagnósticos de enfermagem na população estudada, sendo 49 diferentes, e uma média de 8,9 DE por puérperas. Em estudo realizado no setor de Alojamento Conjunto com 60 puérperas, as autoras identificaram 21 diferentes categorias diagnósticas de enfermagem, com uma frequência de 4 a 12 DE para cada puérpera (VANETTI; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2017). Outro estudo apontou 521 afirmações diagnósticas em uma amostra de 40 puérperas (VIEIRA *et al.*, 2010). Lemos, Raposo e Coelho (2012) realizam entrevista e consulta de enfermagem com 20 puérperas, e identificaram 42 problemas de enfermagem, sendo analisado o total de 11 diferentes diagnósticos de enfermagem.

De acordo com os objetivos propostos, foram selecionados para discussão os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 40%: Integridade tissular prejudicada, Dor aguda, Distúrbio no padrão de sono, Conhecimento deficiente, Volume de

líquidos excessivo, Fadiga, Ansiedade, Constipação e Risco de quedas; os quais serão discutidos conforme sua definição e correlação com a literatura, em maior detalhe a seguir.

6.3.1. Integridade tissular prejudicada

No processo parturitivo, seja ele via cesariana ou vaginal, é comumente associado a lesões teciduais. O diagnóstico Integridade tissular prejudicada compõe o domínio 11, Segurança/Proteção, e à classe 2 (lesão física), sendo definido como “Dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento” (NANDA-I, 2018).

Na amostra estudada, a presença foi identificada em uma porcentagem expressiva (83,3%), e sua ocorrência teve como características definidoras o dano tecidual, tecido destruído, dor aguda, e hematoma (perineal). Como fator relacionado foi descrito o conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular (pega correta na amamentação); e as condições associadas foram: procedimento cirúrgico (cirurgia/sutura perineal), trauma vascular, e alteração hormonal. Tais achados vão ao encontro de outros estudos semelhantes (VIEIRA *et al.*, 2010; TORRES, 2016; VANETTI; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2017).

Segundo Vanetti, Oliveira, e Almeida (2017) a caracterização mais associada a esse diagnóstico são: fissura mamilar, episiotomia, lacerações perineais, edema de membros ou no períneo, e incisão cirúrgica da cesárea. Vieira *et al.* (2010), também refere uma relação unanime em sua amostra aos fatores mecânicos, como a incisão cirúrgica em cesarianas ou sutura perineal.

Torres (2016) aponta a importância da integridade tissular, afirma que a pele e suas estruturas formam uma essencial barreira de proteção, havendo maior risco de infecção e mais presença de dor, quando há algum comprometimento. A autora associa ainda a alta taxa de cesáreas e procedimentos invasivos ao DE Integridade tissular prejudicada, destacando a necessidade de reais indicações para redução dessas taxas, e conseqüentemente um puerpério menos traumático, com melhor interação entre mãe-filho (TORRES, 2016). Silva, Nóbrega e Macedo (2012) também descrevem quanto a importância da promoção de um cuidado preventivo ao dano tissular, evitando-se cesáreas sem uma real indicação e procedimentos invasivos desnecessários.

Nas práticas obstétricas mais atuais, tem-se empregado diferentes técnicas para prevenção de lesões no assoalho pélvico, a partir de um conhecimento e do respeito da fisiologia do processo do parto - o principal objetivo é permitir que o períneo possa distender lentamente no parto vaginal (MONGUILHORTT, 2018). Entre tantas descritas, tem-se a adoção de posições verticalizadas pelas parturientes, proteção manual do períneo durante a saída fetal, massagem perineal com óleo vegetal, e compressa morna no períneo durante o período expulsivo (MONGUILHORTT, 2018; PEREIRA *et al.*, 2020). A multiparidade também está associada a menor risco de lacerações perineais (MONGUILHORTT, 2018), pela maior elasticidade perineal, fato observado no presente estudo, em que nem todas as puérperas apresentaram o DE Integridade tissular prejudicada, além da adoção de algumas técnicas preventivas já citadas acima, as quais não foram objetivo de aprofundamento no presente estudo.

Além disso, algumas manobras, antes utilizadas, agora não tem sido mais recomendadas, tais como a manobra de valsalva durante o período expulsivo, e a obsoleta manobra de Kristeller, já abolida na obstetrícia, e outras que forcem a saída abrupta do feto (PEREIRA *et al.*, 2020). No que tange a realização de episiotomia, apesar das evidências científicas apontarem como uma prática desnecessária, a qual deveria ser abolida, sua prática ainda tem sido rotina na assistência de muitos profissionais, expondo as mulheres ao trauma perineal, ao risco aumentado de infecção no puerpério e a hemorragia causada pelo dano tecidual (FONSECA *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2018).

Vale ressaltar que no presente estudo, as puérperas que apresentaram lesão de pele associada à amamentação e também lesão tissular associada ao períneo ou a ferida operatória da cesárea, foram todas identificadas com o DE Integridade tissular prejudicada, uma vez que houve comprometimento além da derme (sendo assim mais que Integridade da pele prejudicada).

Para Brito, Caldeira e Salvetti (2021) a dor ocasionada pela lesão tecidual impacta significativamente no bem-estar da puérpera, prejudicando a execução de atividades do cotidiano como deambular, comer, dormir, cuidar do recém-nascido, evacuar e sentar; podendo acarretar um atraso na recuperação dessa mulher ou até mesmo outras complicações pós-parto. As autoras destacam que o efetivo manejo da dor no período puerperal, principalmente nos primeiros dias após o parto, contribui para o bem-estar, favorecendo uma

recuperação mais rápida e a autonomia da mulher na realização das atividades cotidianas (BRITO; CALDEIRA; SALVETTI, 2021).

Tanto a via de parto alta como a baixa quando se tem uma lesão tecidual está associada a maior queixa algica (BRITO; CALDEIRA; SALVETTI, 2021). Pereira *et al.* (2017) identificaram uma relação do impacto no bem-estar das puérperas que tinham alguma lesão tecidual. Para os autores, “a incisão cirúrgica da cesariana pode dificultar a via de drenagem pelo sistema linfático e favorecer restrição de movimentação por dor e/ou medo, levando à maior permanência no leito e predispondo ao surgimento de edema em membros inferiores”. Em relação a lesão ocasionada por lacerações perineais espontâneas ou episiotomia, os autores descrevem limitações funcionais que impactam na qualidade de vida e na sexualidade da mulher após o parto (PEREIRA *et al.*, 2017).

À luz da teoria de Mercer, este diagnóstico pode refletir diretamente na ocorrência de outros, principalmente dor aguda e ansiedade, e conseqüentemente na insatisfação da mulher no pós-parto imediato, impactando na percepção da experiência do nascimento, no seu estado de saúde, e na sua satisfação, conceitos amplamente descritos e que englobam a consecução do papel materno (MERCER; FERKETICK, 1990).

Mercer (1986) descreveu em sua teoria, o restabelecimento físico dentre as características que definem a fase formal da consecução do papel materno. Neste contexto, é essencial o cuidado de enfermagem embasado nessa compreensão teórica e associando a uma prática sistematizada, que amenizem a lesão tecidual, e favoreça a recuperação quando houver lesão. Sendo portanto, um cuidado para além do conforto da mulher, mas que impacta positivamente em sua autoestima e no seu papel materno.

6.3.2. Dor aguda

O diagnóstico Dor aguda compõe o domínio 12, Conforto, e à classe 1 (Conforto físico), é definido como:

Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (*International Association for the Study of Pain*); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses (NANDA-I, 2018).

Esse DE foi identificado em 75,0% da amostra estudada, e as características definidoras que o compuseram foram: autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor (a qual as mulheres referiam um número para caracterizar a dor a partir da EVN); expressão facial de dor (observada pela pesquisadora durante a entrevista); comportamento protetor (quando a mulher recuava diante de um toque para avaliação física ou colocava a mão na região dolorida); posição para aliviar a dor (principalmente curvada, com dificuldade para sentar, e adotar uma postura ereta diante da cicatriz da cesariana, por exemplo); comportamento expressivo (observado pelas reações de sofrimento diante do quadro da dor); e alteração no parâmetro fisiológico (taquicardia), identificado a partir do exame físico.

Agente físico lesivo foi considerado o fator relacionado do diagnóstico de dor aguda, associado a incisão cirúrgica da cesárea, suturas perineais, hematomas e/ou lacerações perineais, e contração uterina representada por relato de cólicas, essa última muitas vezes ocorrida durante a amamentação. Na amamentação acontece um processo fisiológico em que a sucção do recém-nascido estimula a liberação do hormônio ocitocina para ejeção do leite, a qual atua consecutivamente na contração uterina protegendo contra hipotonia e hemorragias.

Silva *et al.* (2018) identificou esse diagnóstico em 100% das puérperas submetidas ao parto cesáreo, associando-o ao dano tecidual pelo corte, e aos agentes inflamatórios e infecções ocasionadas no período pós-operatório. No entanto, os autores relatam que apesar da dor pós-parto ter maior intensidade em mulheres que tiveram cesariana, também é comum no parto vaginal. Outros autores também descreveram esse diagnóstico, apontando uma prevalência no estudo realizado com puérperas no pós-parto imediato e tardio (BARBOSA *et al.*, 2014; ANGELO *et al.*, 2014; VIEIRA *et al.*, 2010).

A cesárea é considerada uma cirurgia de médio a grande porte, e diferente de outras cirurgias semelhantes, em que o repouso absoluto acontece, no caso das puérperas esse repouso em sua essencialidade é interferido pelas necessidades de cuidado do recém-nascido (SILVA *et al.*, 2018). A percepção dolorosa envolve ainda variáveis como o estado emocional da puérpera, a ausência de privacidade, falta de apoio familiar ou social, principalmente do companheiro (ANGELO *et al.*, 2014).

A dor aguda no período pós-parto além de impactar no estado emocional da mulher, limitando-a nas atividades de autocuidado, prejudica a interação com o recém-nascido, a

prestação de cuidados e o vínculo do binômio, interferindo na autonomia e no processo do desempenho do papel materno nas primeiras horas após o nascimento (SILVA *et al.*, 2018).

Angelo *et al.* (2014) evidenciaram uma relação entre dor de intensidade moderada a intensa com uma maior probabilidade do desenvolvimento de sintomas depressivos na mulher durante o período puerperal. Nesse sentido, é notável que a dor envolve fatores multidimensionais tais como o físico, o psicoespiritual, o sociocultural e o ambiental, e o puerpério é uma fase de imenso impacto em todas essas dimensões. Para tanto as intervenções pensadas para o diagnóstico de dor aguda devem contemplar além de medidas como administração de medicamentos analgésicos, e abranger todas as dimensões envolvidas no alívio da dor e no conforto (FIGUEIREDO *et al.*, 2018). Torres (2016) destaca que o limiar de dor é relativo para cada mulher, reforçando também as dimensões biológicas, cognitivas, emocionais e culturais, e ressaltando a necessidade da adoção de métodos para manejo da dor pós-parto.

Assim como a integridade tissular prejudicada, a dor aguda interfere diretamente no bem-estar da mulher durante o pós-parto, e na consecução do papel materno, as dimensões citadas que impactam no conforto e na dor correspondem aos sistemas referidos por Ramona Mercer, havendo aspectos do macrossistema, mesossistema e do microssistema a serem considerados na abordagem para avaliação desse diagnóstico e na implementação de intervenções (MERCER, 2004; MERCER, WALKER, 2006).

Destaca-se dentro de cada sistema descrito na teoria de Ramona Mercer, a autoestima, a experiência de parto e pós-parto, saúde da mãe, ansiedade, tensão do papel, sobrecarga física e emocional, confiança no papel, satisfação, e vínculo com a criança no microssistema; cuidados diários e contexto de assistência à saúde no mesossistema; e consistências culturais transmitidas no macrossistema (MERCER, 2004; MERCER, WALKER, 2006). A partir do exposto, questiona-se o impacto da dor em cada sistema pela sua interferência nos conceitos, uma vez que a dor fragiliza o bem-estar da mulher e conseqüentemente sua relação e vínculo com o recém-nascido, gera ansiedade, dificulta seus cuidados diários e reflete na assistência prestada, além de ser passível de intensificação diante das crenças culturais.

Assim, a dor pós-parto é um DE comum em muitas mulheres, envolvendo preocupações, fadiga, ansiedade, e tensões, o que exige o estabelecimento de intervenções e

um cuidado direcionado ao alívio para favorecer o desempenho do seu papel materno (BARBOSA *et al.*, 2014).

6.3.3. Distúrbio no padrão de sono

O diagnóstico Distúrbio no padrão de sono compõe o domínio 4, Atividade/repouso, e à classe 1 (sono/repouso), é definido como “despertares com tempo limitado em razão de fatores externos” (NANDA-I, 2018).

Desde a gravidez a mulher já experimenta um processo de fragmentação do sono, o qual é interrompido pela necessidade frequente de micção, ou pelos desconfortos físicos associados ao crescimento fetal no final da gestação. Há ainda uma privação durante o trabalho de parto, que se estende até os primeiros meses ou mais de vida do recém-nascido (BIE; COO; TRINDER; 2014; SILVA, A. R. *et al.*, 2020).

Na população estudada, esse diagnóstico foi identificado em 63,9% das entrevistadas. As características definidoras foram: despertar não intencional, dificuldade para manter o sono, insatisfação com o sono, não se sentir descansado e dificuldade para iniciar o sono. Os fatores relacionados apontados foram interrupção causada pelo parceiro de sono (RN), padrão de sono não restaurador, privacidade insuficiente, e barreira ambiental, sendo os dois primeiros os de maior ocorrência (97,8% e 73,9%, respectivamente). Tais achados estão relacionados aos relatos das mulheres em despertar pelas demandas cuidado do recém-nascido, e pela rotina hospitalar para avaliação de sinais vitais ou medicações; outras relataram estado de vigília, no qual ficavam observando os sons, e a respiração do RN, principalmente quando era o primeiro filho.

Esses achados vão ao encontro de outros estudos (VIEIRA *et al.*, 2010; BIE; COO; TRINDER; 2014; TORRES, 2016; SILVA, A. R. *et al.*; 2020). Para Silva, A. R. *et al.*, (2020) “Independentemente de como seja a rotina da mulher, com a chegada do filho, ela tem que se ajustar aos compromissos que a maternidade exige”. Os autores descrevem ainda a respeito do ritmo circadiano do recém-nascido que é extremamente variável no início, e só vai desenvolvendo com o crescimento da criança, e a adaptação da rotina familiar (SILVA, A. R. *et al.*, 2020).

As características definidoras apresentadas são semelhantes às de um estudo realizado por Silva, A. R. *et al.* (2020), porém, os autores evidenciaram ainda uma diminuição da capacidade funcional, e uma limitação na realização das atividades diárias, estando relacionada a fragilidade emocional e física, e maior dependência da mulher no pós-parto, resultantes do distúrbio no padrão de sono.

Lawson *et al.* (2015) refere uma relação entre distúrbios na qualidade do sono e sintomas de ansiedade, depressão e psicose. As evidências reforçam um risco aumentado entre distúrbios no padrão de sono e alteração de humor no período puerperal, inclusive para o desenvolvimento de depressão pós-parto, e relato de satisfação com a maternidade (BIE; COO; TRINDER; 2014). A satisfação da mulher com o recém-nascido, assim como seu processo de saúde física e mental impactam diretamente no seu tornar-se mãe.

Bie, Coe e Trinder (2014) destacam a importância da avaliação do padrão de sono principalmente em puérperas que tem fatores de risco para depressão pós-parto, as quais se tornam mais suscetíveis. Os autores reforçam os achados, os quais mulheres com humor mais positivo tinham um sono mais estável, enquanto mulheres com redução do sono tinham humor mais baixo, além de apresentarem mais confusão e esquecimento, impactando na cognição.

Para Santana *et al.* (2019) “devido às altas prevalências das alterações mentais puerperais, destaca-se a importância de se conhecer e diagnosticar precocemente, tais sofrimentos na assistência à saúde da mulher”. Torres (2016) apresenta uma inter-relação entre esse diagnóstico e outros como fadiga, ansiedade e dor aguda, os quais se relacionam em um círculo vicioso entre causa e efeito, sendo de extrema importância a elaboração de intervenções de enfermagem que contemplem as reais necessidades de cuidado que uma puérpera requer.

Diante do exposto, é essencial a restauração do sono no período puerperal para a recuperação da mulher, e melhora da sua vitalidade para desempenho de seu autocuidado e do cuidado ao seu filho (SILVA, A. R. *et al.*, 2020). Mercer (2004) ressalta que a mulher tende a levar um longo período reestabelecendo a recuperação física, tendo que adaptar-se as demandas de seu próprio corpo nesse momento completamente novo, e aprendendo a respeito das demandas de outro indivíduo, o bebê; havendo uma extensa demanda e reestruturação cognitiva.

É notória a necessidade de implementação de rotinas de cuidado nos setores de alojamento conjunto de acordo com as características desse público, com flexibilidade de horários na administração de medicamentos e avaliações físicas, entre outras, além da preservação do silêncio diurno, momento em que muitas mulheres aproveitam o sono do recém-nascido para descansarem (TORRES, 2016). Nesse contexto do ambiente da maternidade, Mercer (2006) destaca a importância de criar um ambiente mais íntimo, no qual a enfermeira investe em cada oportunidade de interação com a mulher, promovendo cuidados que favoreçam o bem-estar da puérpera e o desenvolvimento do seu papel materno.

As intervenções de enfermagem diante desse diagnóstico vão além da promoção da restauração do sono, representam uma estratégia preventiva de adoecimento psíquico no pós-parto, melhores condições de saúde do recém-nascido, uma vez que a mulher consegue oferecer um cuidado melhor. Sendo considerada uma intervenção simples, de baixo custo, e de maior eficácia desde que implementadas precocemente (LAWSON *et al.*, 2015).

De acordo com Bie, Coe e Trinder (2014) “as interrupções do sono relacionadas à gravidez são inevitáveis no processo de tornar-se mãe. Porém o conhecimento do diagnóstico Distúrbio no padrão de sono e de seus fatores envolvidos favorece a implementação de cuidados ainda no pré-natal, com orientações e um planejamento de pós-parto, que englobe a rede de apoio dessa mulher, amenizando assim os impactos no desenvolvimento do seu papel materno, e favorecendo experiências mais positivas e conseqüentemente, menor sobrecarga ao sistema de saúde quanto aos acometimentos puerperais.

6.3.4. Conhecimento deficiente

O diagnóstico Conhecimento deficiente compõe o domínio 5, Percepção/cognição, e à classe 4 (cognição), é definido como “ausência de informações cognitivas ou de aquisição de informações relativas a um tópico específico” (NANDA-I, 2018).

Identificado em 51,4% da população estudada, teve como características definidoras: conhecimento insuficiente, pelo desconhecimento a respeito de tópicos específicos; comportamento inapropriado, pela adoção de comportamentos pela mulher que envolvessem riscos ao recém-nascido ou a ela mesma; e seguimento de instruções inadequado. Já os fatores relacionados foram informações insuficientes, (em 100% da amostra estudada) e

conhecimento insuficiente sobre recursos; principalmente relacionados ao tópico amamentação e aos hábitos alimentares no pós-parto, com influência de fatores culturais.

Em estudo realizado por Vieira *et al.*, (2010) esse DE foi identificado em 100% das puérperas, sendo os principais tópicos envolvidos o desconhecimento a respeito da amamentação, cuidados com as mamas, com a incisão cirúrgica da cesariana ou com tecido lesado em períneo, além da alimentação materna no pós-parto e cuidados com a criança; indo ao encontro aos achados na presente pesquisa. Torres (2016) também associa esse DE ao desconhecimento de fatores relacionados à amamentação, aos cuidados da criança, e ao desempenho da maternidade.

O período gravídico-puerperal envolve um misto de dúvidas e incertezas diante de tantas transformações que ocorrem no corpo físico, nas relações, e diante das necessidades de cuidado de um recém-nascido. Exigindo com isso, uma gama de conhecimentos necessários para o desempenho da maternidade. Para Alvarado, Guarin, Cañon-Montañez (2011) trata-se de um processo complexo de adaptação, e a mãe desempenha um papel essencial na formação do indivíduo que vai formar a sociedade.

Características do perfil socioeconômico também estão diretamente ligadas ao DE conhecimento deficiente, estudos apontam o nível de escolaridade mais elevado com maior acesso a fontes de informação (ALMALIK, 2017; CAETANO, 2020). Almalik (2017) relaciona um maior conhecimento em um perfil de mulheres com mais de 35 anos de idade, com instrução educacional de nível superior, e adesão ao pré-natal, as quais apresentaram uma disposição para o conhecimento em relação a mudanças físicas, estado emocional, amamentação, cuidados com o recém-nascido, e planejamento familiar. No presente estudo, o perfil da amostra é de mulheres jovens, médio grau de instrução, e com mais de seis consultas de pré-natal, no entanto, o DE conhecimento deficiente foi arrolado em muitas das puérperas entrevistadas, indicando outros fatores limitantes.

Como já mencionado, a cultura impacta diretamente nas crenças e hábitos adotados durante esse período (VIEIRA *et al.*, 2010). Neste sentido, se faz necessário a coleta de informações quanto ao contexto em que a mulher está inserida, e sua rede de apoio. Segundo Reis (2017) “A participação da família se destaca, essencialmente, pela imposição de normas e regras de comportamento adquiridas do senso comum. Constata-se a existência de crenças, mitos e tabus, tanto para o cuidado com a puérpera, quanto para o cuidado com o RN”. Na

fase formal da consecução do papel materno, Mercer destaca o conhecimento e o aprendizado da mulher a respeito dos cuidados com o filho, a partir do seguimento de orientações, e dos cuidados prestados pelos profissionais, além de suas experiências pessoais e objetivos futuros (MERCER, 2004; MERCER, 1986). Reforçando, a importância da enfermagem na promoção de cuidados que favoreçam o novo papel materno.

Para Caetano (2020):

[...] Pela primeira vez com o nascimento do primeiro filho, a mãe vai sentir, conhecer e deparar-se com dificuldades e preocupações até aí desconhecidas. Os conhecimentos adquiridos durante a gravidez e os poucos dias de permanência da mulher na maternidade, por vezes não permitem o esclarecimento de todas as suas dúvidas e os dias que se seguem, embora muito desejados, tornam-se difíceis, pois para além de ter necessidade de ajustar as suas expectativas e os seus ritmos de vida às características do recém-nascido e à satisfação das suas necessidades, coincide também com o período de tempo em que ainda está a recuperar do stress físico da gravidez e do trabalho de parto[...] O conhecimento das principais preocupações das mães neste processo de transição, irá ampliar na enfermeira, o seu conhecimento, favorecer a aquisição de competências no cuidar, possibilitar intervenção adequada e consequentemente produzir ganhos em saúde.

O conhecimento deficiente sobre os fatores envolvidos na amamentação, tais como pega correta, prevenção de fissuras, processo fisiológico da descida do leite, manejo com as mamas na apojadura, entre outros, favorece o desmame precoce. Outro ponto que impacta é o despreparo dos profissionais na abordagem, prejudicando o momento oportuno para promover educação em saúde. Para Graça (2010) durante a consulta de enfermagem, os profissionais além da assistência, “informam, educam, facilitam, demonstram, treinam e ajudam, contribuindo para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades, e competências, que permitem às mulheres e famílias gerir com eficácia os desafios”.

Vieira *et al.* (2010) também destacam a importância dos profissionais de enfermagem, não só nos setores de alojamento conjunto, mas também na assistência ao pré-natal, no estudo realizado pelos autores, as puérperas referiram carência de informações e orientações sobre o período pós-parto durante as consultas de pré-natal. Os autores levantam uma reflexão sobre a real atuação da enfermagem nesse contexto, reforçando a qualidade na integralidade da assistência e oferecendo conhecimentos essenciais uma vivência com mais segurança durante essa fase da vida da mulher (VIEIRA *et al.*, 2010). Reis (2017) sugere uma melhor articulação entre o ALCON e a atenção básica, na continuidade do cuidado no pós-parto.

Caetano (2020) por sua vez associa a fragilidade no conhecimento com excessos de informações ofertadas sem uma avaliação individual de cada mulher e o contexto em que está

inserida, informações muitas vezes passadas com certa complexidade ou dificuldade na transmissão, sem uma avaliação da compreensão. A autora reforça a necessidade de se estabelecer um diálogo e uma relação mútua de compreensão para mulher e seu acompanhante objetivando o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e autonomia no cuidado da criança.

Graça (2010) reitera que o cuidado individualizado e integral permite negociar intervenções mais adequadas diante das reais necessidades de cuidado de cada binômio.

Ademais, o cuidado prestado à puérpera que engloba a educação em saúde, objetivando uma construção de conhecimento para a mulher reduz inclusive complicações maternas e neonatais, devendo ser pauta de políticas públicas direcionadas a promover um cuidado centrado nas necessidades e preocupações da mulher nesse período de transição com programas educacionais (ALMALIK, 2017). Mercer e Walker (2006) destacam, puérperas que apresentam mais demandas de conhecimento na transição do papel materno se beneficiam de programas educacionais.

De acordo com Mercer (2006), o conhecimento e a aprendizagem da mulher quanto as demandas de cuidados do seu filho corresponde ao segundo estágio do processo de tornar-se mãe, e a interação com a enfermeira é uma ferramenta essencial nesse processo, não substituída por simples materiais educacionais. Mostrando a essencialidade das intervenções em nível político, mas também as intervenções nas rotinas das maternidades, pela interação profissional-puérpera, e pelo fortalecimento do processo de trabalho da enfermeira.

6.3.5. Volume de líquidos excessivo

O diagnóstico Volume de líquidos excessivo compõe o domínio 2, Nutrição, e à classe 5 (hidratação), é definido como “entrada excessiva e/ou retenção de líquidos” (NANDA-I, 2018). Na amostra estudada, esse diagnóstico foi identificado em 47, 2% das puérperas, as quais tiveram como características definidoras: edema em membros inferiores; ganho de peso em um curto período de tempo, e alteração na pressão arterial. O fator relacionado foi a entrada excessiva de líquidos, relacionado ao procedimento cirúrgico; e a condição associada foi o mecanismo de regulação comprometido.

No final da gestação é comum observar um discreto edema na mulher, principalmente em membros inferiores, estando relacionado à compressão dos vasos pelo crescimento uterino e/ou por presença de varizes, porém em algumas situações, em que se encontra generalizado, especialmente em mãos e face, é preciso estar atento as alterações pressóricas pois sua elevação associada a esse achado pode indicar a pré-eclâmpsia (ZUGAIB, 2015).

As mudanças circulatórias ocorridas no terceiro trimestre e logo após o parto, influenciam na extrapolação do volume de líquidos intravascular dos vasos sanguíneos para os tecidos, onde ficam acumulados (SILVA; NÓBREGA; MACEDO, 2012). Os autores especificam que o acúmulo em membros inferiores associa-se a diminuição do retorno sanguíneo, enquanto sua concentração na região perineal está relacionada a resposta inflamatória ao trauma tecidual ocasionada pela passagem do feto durante o parto; e que em partos cirúrgicos a infusão venosa e uso de medicações aumentam esse achado, e consequentemente a presença desse DE (SILVA; NÓBREGA; MACEDO, 2012).

No que se refere ao tipo de parto, Justi e Braz (2002) identificaram esse diagnóstico em 40% das puérperas submetidas à cesarianas, e uma porcentagem próxima, 34,78%, nas que tiveram parto normal. Lemos, Raposo e Coelho (2012) apontam uma incidência desse diagnóstico em 35% das puérperas, as quais também predominaram com o tipo de parto cesariana.

O edema seja ele perineal ou em membros inferiores, está relacionado a maior queixa algica que somada aos tantos desafios presentes no período adaptativo do pós-parto, torna-se uma condição negativa na vivência puerperal da mulher, e na relação com seu filho, podendo influenciar ainda na consecução de seu papel materno (SILVA, 2019). O acúmulo de líquidos em membros inferiores pode ocasionar ainda dificuldade na deambulação precoce pela limitação no movimento e pela dor, o que gera mais edema e mais dor, tornando-se assim um ciclo que precisa ser interrompido, principalmente em mulheres pós cesariana, público mais acometido por esse achado (PEREIRA *et al.*, 2017)

O volume de líquido excessivo ocasiona maior desconforto no puerpério, e envolve maior risco de infecção, e outros desequilíbrios, principalmente quando a mulher passa por reposição volêmica diante de complicações como hemorragia pós-parto (SILVA *et al.*, 2018). Estudos apontam algumas intervenções de baixo custo e bons resultados como a crioterapia no caso de edemas perineais, o incentivo a deambulação precoce e a realização de

movimentos ativos dos membros inferiores alternando com a elevação dos mesmos em repouso em casos de edemas nesses membros (PELECKIS; FRANCISCO; OLIVEIRA, 2017; SILVA, 2019). Silva (2019) ressalta ainda uma forte associação da crioterapia com uma redução do edema e alívio da dor perineal.

Nos cuidados relativos a esse diagnóstico, a enfermeira deve considerar acometimentos prévios, complicações no parto e pós-parto imediato, e orientar medidas preventivas, e intervenções precoces, amenizando assim as repercussões álgicas e os riscos envolvidos. Peleckis, Francisco e Oliveira (2017) afirmam que o emprego de técnicas não farmacológicas associadas às farmacológicas promovem um conforto mais eficaz à mulher. Cabendo assim ao enfermeiro a elaboração de protocolos que englobam essas técnicas não farmacológicas na rotina das maternidades, e não apenas a execução das prescrições medicamentosas.

6.3.6. Fadiga

O diagnóstico Fadiga compõe o domínio 4, Atividade/repouso, e à classe 3 (equilíbrio de energia), é definido como “sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída de realizar trabalho físico e mental no nível habitual” (NANDA-I, 2018).

Identificado em 47,2% das puérperas estudadas, teve como características definidoras: aumento da necessidade de descanso e cansaço, em 100% da amostra estudada, energia insuficiente e padrão de sono não restaurador em mais de 90% da amostra, apatia, estado de sonolência, desempenho de papel ineficaz e introspecção, todos com frequências menores. No que concerne aos fatores relacionados os estressores foram predominantes (94,1%), seguidos do aumento no esforço físico (parto), ansiedade, falta de condicionamento físico e privação de sono.

Silva, Nóbrega e Macedo (2012), descrevem uma prevalência desse DE em 70% das puérperas estudadas. Os autores relacionam essa alta prevalência com desequilíbrio nutricional, principalmente à anemia e aos distúrbios do sono. Caetano (2020) aponta maior incidência desse diagnóstico em mães com idade mais avançada. Para Rett *et al.* (2017) a fadiga é um achado que acomete principalmente as mulheres que passaram pelo parto normal, ou por cesariana intraparto, em que houve a vivência do trabalho de parto, por vezes exaustiva fisicamente. Branco (2019) traz como um fator relacionado a alteração no padrão de sono, e

ressalta que a fadiga pode se prolongar até o 6º mês após o parto, reforçando a importância de conhecer os fatores associados para direcionar os cuidados antes que outras consequências negativas se instalem no binômio.

Branco (2019) evidenciou uma relação de fatores associados a esse diagnóstico, tais como: paridade, sendo as primíparas mais suscetíveis; trabalho de parto prolongado, parto cesáreo, e ocorrência de hemorragias pós-parto. A autora discorre ainda a respeito da importância da rede de apoio da mulher, uma vez que exigências de cuidado da criança atrelados a falta de sono e as questões emocionais após o parto dificultam sua restauração e bem-estar (BRANCO, 2019).

Tais achados nos remetem à vários aspectos abordados na Teoria de Mercer, tais como apoio social, estresse, características e temperamento da criança, tensão do papel, ansiedade, depressão entre outros (MERCER, 1986; MERCER; FERKETICK, 1990; MERCER; FERKETICK, 1995).

Mercer (2004) descreve dentre os estágios para a adoção do papel materno, a restauração física, a qual pode ocorrer de 2 a 6 semanas após o parto, porém esse período é variável à depender de outras variáveis, como o apoio social, o nível de estresse e a ansiedade. Apesar de citar o período próximo à chegada do bebê, a autora reforça a restauração física pode se estender ao longo dos meses seguintes sendo, portanto, algo contínuo (MERCER, 2004).

A fadiga materna pode resultar também das dificuldades vivenciadas pela mulher em equilibrar seus diversos papéis, de mãe, esposa, vida profissional, contribuindo para sentimentos de incompetência, tensão de papel, e exaustão física e mental que pode trazer impacto no desenvolvimento de suas atividades (MERCER, 2004).

O temperamento do bebê tem forte relação no quesito aumento da demanda de cuidado, principalmente noturno, que impacta no sono da mulher, e conseqüentemente no cansaço e até na fadiga prolongada. Podendo essa ser amenizada quando a mulher vivencia o estágio de movimento em direção a um novo normal, ao aprender as nuances do comportamento do seu bebê, e a incorporação de recursos de cuidados que amenizam situações de estresse (MERCER, 2004).

Para Vieira (2020) a fadiga compromete diretamente o bem-estar no pós-parto e consequentemente a relação e cuidado com o recém-nascido, sendo a principal intervenção medidas de prevenção, avaliação e detecção precoce das puérperas vulneráveis; além disso o foco no desenvolvimento de estratégias de autocuidado são essenciais. Neste sentido a autora aponta a importância de intervenções psicoeducacionais ainda no pré-natal a partir de um planejamento de pós-parto e fortalecimento da rede de apoio (VIEIRA, 2020). Oliveira e Ávila (2021) descrevem ainda dentre as intervenções de enfermagem eficazes para a redução dos níveis de fadiga encontra-se o estímulo ao descanso, a prática de exercício físico ainda durante a gestação, e o apoio familiar nos cuidados exigidos pelo binômio no pós-parto (OLIVEIRA; ÁVILA, 2021).

Neste sentido, o suporte da rede de apoio influencia positivamente no bem-estar da puérpera, e consequentemente na amamentação, no cuidado do recém-nascido e no seu próprio autocuidado (BRANCO, 2019). Os profissionais de enfermagem por sua vez, devem promover intervenções que contemplem essa rede de apoio, e os sistemas que envolvem a puérpera, repercutindo na saúde do binômio e na consecução do papel materno, suavizando para uma transição mais saudável.

Mercer (2004) destaca que a complexidade dos papéis femininos aumentou muito mais rápido do que os recursos de suporte advindos do sistema de saúde e social, havendo uma necessidade urgente de intervenção para a saúde das mulheres no seu “maternar”, papel tão essencial para a sociedade. Ressaltando a necessidade de conhecer as dimensões que o cuidado deve ser prestado a uma mulher não só para sua recuperação física, mas para o desempenho de seu novo papel.

6.3.7. Ansiedade

O diagnóstico Ansiedade compõe o domínio 9, Enfrentamento/tolerância ao estresse, e à classe 2 (respostas de enfrentamento), é definido pela NANDA-I (2018) como:

Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça” (NANDA-I, 2018).

O DE Ansiedade foi identificado em 45,8% das puérperas estudadas. As características definidoras mais relevantes, com frequências superiores à 80% foram preocupação e preocupação em razão de mudança em eventos da vida. Também destacaram as evidências: alteração no padrão de sono, fadiga e apreensão em 54,5% das participantes, cada uma. Outras menos frequentes envolveram o medo, irritabilidade, inquietação, insônia, incerteza, contato visual insuficiente, e capacidade diminuída para solucionar problemas.

Pesquisa realizada por Santana *et al.* (2019), aponta que a maioria dessas características definidoras encontradas correspondem a manifestações comuns em momentos de intensa crise de transição de identidade.

Outros estudos também relatam a presença desse diagnóstico em grupos de puérperas. Vieira *et al.* (2010) verificou uma frequência de 80%, Torres (2016) descreve quase a totalidade de puérperas com esse DE, enquanto Santana *et al.*, (2019) aponta uma frequência de 47,5% de mulheres com algum grau de ansiedade. Associam esse achado à mudança abrupta na função de papel, às modificações sociais, físicas e psicossociais, além da associação com outros DE como dor aguda, distúrbio no padrão de sono, e fadiga (VIEIRA *et al.*, 2010; TORRES, 2016; SANTANA *et al.*, 2019).

O sentimento vago e o relato de uma sensação de que algo pudesse acontecer com a criança foi descrito por Vieira *et al.*, (2010), sendo um relato também trazido por algumas puérperas que apresentaram esse DE.

Mercer descreve a ansiedade como um dos conceitos de sua Teoria, definindo como “particular predisposição para entender as situações geradoras de estresse como perigosas ou ameaçadoras” (MERCER *et al.*, 1986); sendo um parâmetro importante na avaliação da mulher que está no processo de tornar-se mãe.

Em estudo realizado por Mercer e Ferketick (1990) identificou-se uma relação da ansiedade no início do pós-parto com efeitos negativos na adoção do papel materno, com impacto direto na interação e no apego com o bebê. A autoestima, o estado de saúde e o apoio social foram fatores que influenciaram, no domínio da competência parenteral, pela redução da ansiedade e conseqüentemente no apego e no desenvolvimento do papel materno.

A partir do conceito apresentado por Mercer e o da NANDA-I (2018), evidencia-se a diferença entre o diagnóstico de enfermagem Ansiedade e o de Medo. Enquanto o medo a

pessoa consegue identificar a causa geradora do sentimento, a ansiedade envolve sentimentos vagos, sem uma causa específica, o que se torna um desafio no cuidado, principalmente na transição para a nova identidade que requer uma adaptação na aquisição de papéis, e muitas outras demandas.

Os fatores relacionados identificados foram: estressores (o mais frequente, presente em 96,7%), conflito sobre as metas da vida, ameaça à condição atual, necessidades não atendidas, e conflito de valores (gestação não desejada). A crise situacional, a mudança importante, e a crise maturacional compreenderam a população em risco associada a esse DE.

Santana *et al.* (2019) descreve a ansiedade como alterações sentimentais, de causas fisiológicas ou psicológicas, uma resposta às situações compreendidas como perigo para a pessoa, tais como eventos estressores, conflitos e ameaças.

Estudo realizado por Morais *et al.* (2017) evidencia uma relação desse diagnóstico com mulheres jovens, em situação econômica desfavorável e sem companheiro, ou apoio social; e uma relação ainda com uma dificuldade na interação entre mãe e filho. Destacam esse achado ao fato desse perfil estar mais propício a sofrer mais estresse, indo ao encontro dos fatores relacionados desse DE apontados na amostra do presente estudo.

Apesar do perfil da referida amostra ser composta predominantemente por mulheres com um companheiro, que apresentaram um apoio social; além do estresse, o fato de serem jovens pode ter influenciado esse achado. Outro dado da amostra estudada foi a multiparidade, Beltrami, Moraes e Souza (2013) apontam maior prevalência de ansiedade em mulheres com maior número de filhos, associando ao sentimento de incerteza em relação ao futuro familiar. Ressalta-se ainda, uma possível relação ao momento inimaginável advindo da pandemia de COVID-19, o qual não foi objeto desse estudo, mas pode ter favorecido esse achado.

A literatura sugere um risco de mulheres com ansiedade no desenvolvimento infantil, por afetar a interação entre mãe-filho, e conseqüentemente a prestação de cuidados (BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2013). Destacando a necessidade da abordagem diante desse diagnóstico de enfermagem não só pela enfermeira com intervenções direcionadas, mas recorrendo à equipe multidisciplinar com avaliação psicológica nos casos em que as intervenções de enfermagem não suprirem o cuidado exigido ou por maior complexidade da situação.

Neste sentido, a abordagem diante do DE Ansiedade permeia diversos fatores envolvidos na consecução do papel materno, e o conhecimento desses fatores são de extrema relevância para amenizar os impactos desse diagnóstico quando não abordado e promovido os cuidados oportunamente. Mercer (2006) destaca a adoção de estratégias que reconheçam a realidade da mulher, e as inúmeras mudanças envolvidas nessa nova identidade, amenizando o possível os eventos estressores.

Segundo Mercer e Ferketick (1990) a ansiedade integra um mecanismo adaptativo no contexto de tornar-se mãe, porém sua avaliação é imprescindível para que não se torne um problema, e dentre as possíveis intervenções está o fortalecimento do apoio social, da autoestima da mulher, e medidas que beneficiam a interação entre o binômio e o apego; fatores que podem amenizar os níveis de ansiedade. Neste sentido a preconização das boas práticas de assistência ao parto e nascimento, recomendadas pelo Ministério da Saúde, tais como o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido logo após o nascimento, a participação da família no processo do parto, a ambiência, o incentivo ao alojamento conjunto dentre tantas outras, veem ao encontro das evidências no que tange às intervenções que favorecem uma experiência positiva no primórdio da relação entre mãe-filho (BRASIL, 2017).

6.3.8. Constipação

O diagnóstico Constipação compõe o domínio 3, Eliminação e troca e à classe 2 (função gastrointestinal), é definido como “diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por eliminação difícil ou incompleta de fezes e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas” (NANDA-I, 2018).

A abrupta mudança física que ocorre no organismo da mulher logo após o parto, com a saída do concepto, ocasiona uma flacidez muscular abdominal e perineal que somada a perda líquida durante o parto, causam uma redução da motilidade intestinal, e discreta paresia intestinal. Havendo com isso um frequente relato de constipação e gases intestinal durante o pós-parto, principalmente nas mulheres que tem dificuldade em deambular precocemente (COSTA; BRISIGHELLI, 2018). No presente estudo, identificou-se a predominância do DE Constipação em 41,7% das puérperas.

As características definidoras mais frequentes identificadas foram: redução na frequência das fezes (96,7%) e mudança no padrão intestinal (76,7%). Outras evidências

desse diagnóstico menos frequentes foram: fezes formadas endurecidas, redução no volume das fezes, abdome distendido, dor ao evacuar, esforço para evacuar e ruídos intestinais hiperativos.

Os fatores relacionados, além dos descritos por Costa e Brisighelli (2018), tais como fraqueza dos músculos abdominais e motilidade gastrintestinal diminuída, ambos com frequências acima ou igual a 90%, foram identificados também relação com a mudança ambiental recente, hábitos alimentares inadequados, média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo, obesidade, ingestão de fibras insuficientes, hábitos de evacuações irregulares e ingestão de líquidos insuficientes.

A gravidez foi apontada como condição associada apenas no caso das mulheres que relataram constipação antes do parto. Vale salientar que a gestação além das mudanças físicas, o intestino sofre impacto dos hormônios (TORRES, 2016). Vieira *et al.* (2010) reforçam quanto a importância da prevenção ainda na gestação, com a adoção de hábitos saudáveis, atividade física, uma alimentação equilibrada rica em fibras e boa hidratação, as quais devem ser mantidas no pós-parto, evitando assim a ocorrência desse DE. No pós-parto, além desses cuidados, é essencial incentivar a deambulação precoce para favorecer o peristaltismo e adoção da posição favorável ao relaxamento esfínteriano durante a evacuação.

Outros estudos também apontaram a presença desse DE no período puerperal com similar prevalência (VIEIRA *et al.*, 2010; SILVA; NÓBREGA; MACEDO, 2012; COSTA; BRISIGHELLI, 2018). Vanetti, Oliveira e Almeida (2017) identificaram uma frequência menor com apenas 11,6% das puérperas com esse DE, podendo estar associado a prevalência de parto normal em relação ao cesáreo na amostra. Justi e Braz (2002) ao comparar a relação de mulheres que tiveram cesariana versus mulheres com parto normal, observaram uma presença desse diagnóstico em 30,76% no primeiro grupo e 12,5% do segundo. Tomasoni *et al.* (2020) também apontam uma taxa menor à encontrada (15,9%) em uma amostra predominante de parto normal. No presente estudo, não foi objetivo realizar tal comparação, porém a amostra predominante de partos cesáreos pode ter relação com a incidência desse diagnóstico.

As drogas utilizadas durante um procedimento cirúrgico somam aos fatores relacionados já mencionados, justificando a prevalência desse DE em mulheres submetidas à cesariana. Costa e Brisighelli (2018) referem ainda ser comum uma relação desse diagnóstico

com o receio ou até mesmo um medo das mulheres em evacuar após o parto, devido à incisão cirúrgica da cesárea, ou pela sutura ou hematomas perineais, fatores inibidores da evacuação. Sendo assim, essencial explicar o processo de recuperação e a importância da evacuação, amenizando esse medo, na maioria das vezes associado ao simples desconhecimento.

Os hábitos alimentares no pós-parto sofrem impacto direto do fator cultural em várias regiões do Brasil; geralmente são permeados por crenças, prescrições e proibições (COSTA C. C. *et al.*, 2018). Esse fator pode levar a adoção de comportamentos inadequados, como uma dieta reduzida em fibras. Sabe-se que as fibras são essenciais por promover o retardo na absorção dos alimentos, favorecendo o trânsito intestinal, juntamente com uma ingestão líquida adequada, hábitos de evacuações regulares sem esforços, e a atividade física; em conjunto compensam a fragilidade dos músculos abdominais, e a redução da motilidade intestinal comuns em puérperas (COSTA C. C. *et al.*, 2018).

Para Junqueira (2017), a internação hospitalar provoca mudanças na rotina do indivíduo que prejudica o funcionamento intestinal, ressaltando a redução da atividade (maior restrição ao leito), uso de medicações, e o banheiro coletivo que interfere no hábito de evacuar por gerar uma barreira psicológica e social para o indivíduo. A autora destaca que o diagnóstico de constipação intestinal é permeado de divergências, pelo não reconhecimento das pessoas do padrão de um hábito intestinal saudável, exigindo do profissional maior atenção e habilidade na abordagem (JUNQUEIRA, 2017). Esse fator causal foi referido pelas puérperas estudadas, as quais muitas queixaram da mudança ambiental recente como fator da constipação, devido ao constrangimento causado pelo uso do banheiro coletivo, referindo ainda a espera pela alta para retornar o funcionamento intestinal no ambiente domiciliar.

A constipação pode estar associada ainda a maior queixa algica, menor disposição para a realização dos cuidados do recém-nascido, e oscilação emocional materna, principalmente sentimentos de irritabilidade (SAFFIOTI *et al.*, 2011). Para Costa C. C. *et al.* (2018) o hábito intestinal regular previne inclusive casos de depressão pós-parto. Os autores destacam a função hormonal na liberação de serotonina, entre outros, quando se tem uma boa absorção dos nutrientes; além de fortalecer essa mulher no período de grande fragilidade física, e seu recém-nascido pela qualidade do leite materno produzido.

No entanto, a adequada nutrição da puérpera com um bom funcionamento gastrointestinal é fundamental para sua recuperação e para o desenvolvimento do recém-

nascido (COSTA C. C. *et al.*, 2018). E o conhecimento dos fatores relacionados desse diagnóstico permite que a enfermeira atue preventivamente, no pré-natal e na internação hospitalar, para mulheres que já apresentam tendências à constipação, ações como aumento da ingesta hídrica e de fibras na alimentação, deambulação precoce, e o esclarecimento quanto ao processo fisiológico de eliminação intestinal após o parto, sem prejuízo na sutura da cesariana ou perineal; são ações de tecnologias leves que auxiliam na recuperação da puérperas e em seu bem estar (SAFFIOTI *et al.*, 2011).

6.3.9. Risco de quedas

O diagnóstico Risco de quedas compõe o domínio 11, Segurança/Proteção, à classe 2 (lesão física) e é definido como “susceptibilidade aumentada a quedas que pode causar dano físico e comprometer a saúde” (NANDA-I, 2018).

Entre os cuidados realizados à puérpera nas primeiras 24h pós-parto, principalmente aquelas submetidas à cesariana, tem-se o estímulo à deambulação precoce. Inúmeras são as vantagens desse cuidado ressalta-se menos complicações urinárias, menor incidência de constipação, e menor risco de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar (ZUGAIB, 2015; CUNNINGHAM *et al.*, 2016). Cunningham *et al.* (2016) ressaltam que 50% dos eventos tromboembólicos venosos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal acontecem no puerpério, sendo portanto, indispensável a adoção de práticas preventivas nos setores de alojamento conjunto.

É comum, após o parto a mulher apresentar-se exausta pelo processo, sonolenta, e ao mesmo tempo inicia uma série de alterações fisiológicas hemodinâmicas, posturais, e hormonais, que somadas ao uso de medicamentos anestésicos, aumentam episódios de hipotensão postural e síncope (ZUGAIB, 2015). Assim é imprescindível a avaliação do risco de queda e a adoção de práticas na rotina assistencial. É importante que o profissional oriente o repouso imediato, a alimentação e a necessidade da mulher estar sempre acompanhada por um membro da equipe de enfermagem ou de seu acompanhante durante a primeira deambulação após o parto (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

No presente estudo, 40,3% das puérperas apresentaram o DE Risco de queda, tendo como fatores de risco mais expressivos o conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis (93,1%), mobilidade prejudicada (72,4%) e ausência de sono (37,9%). Também

foram identificados, em menores frequências, os fatores de risco: alteração na glicemia sanguínea, cenário pouco conhecido e dificuldades na marcha.

Equilíbrio prejudicado e período de recuperação pós-operatória, foram condições associadas identificadas em 100% da amostra estudada, sendo apontados com menor frequência agente farmacêutico e uso de dispositivo auxiliar. Houve um pequeno número de puérperas (6,9%) com história de quedas, sendo incluídas na população em risco.

Estudo realizado por Costa A. G. T. *et al.* (2018) corrobora com o achado da amostra estudada, evidenciando 57,6% de risco de quedas, onde também foi utilizada a Escala de Morse para avaliar essa condição, com porcentagem de mulheres com risco moderado e alto de quedas. Destaca-se que a amostra do referido estudo foi composta predominantemente por mulheres submetidas à cesariana. Apesar de procedimentos cirúrgicos envolverem mais riscos de quedas na recuperação, Vanetti, Oliveira e Almeida (2017) apontaram uma frequência de 35% em uma amostra com predominância de parto normal.

Para Lemos, Raposo e Coelho (2012) a dor aguda também pode estar relacionada à dificuldade na deambulação e conseqüente risco de quedas. Silva, Nóbrega e Macedo (2012) reiteram que à fraqueza muscular pela permanência prolongada no leito, a presença de dispositivos vesicais, a dor na ferida cirúrgica ou perineal, além dos efeitos colaterais de anestésicos, todos prejudicam a deambulação e favorecem o risco de quedas pela instabilidade associada.

Com isso, observa-se a necessidade de uma avaliação padronizada, utilizando-se escalas nos setores de alojamento conjunto, que possam favorecer na identificação das mulheres que apresentam riscos e aplicação de intervenção preventiva. No presente estudo optou-se por utilizar a Escala de Morse por ser um instrumento que permite a avaliação segura e por ser validada transculturalmente para o Brasil, e apesar de não ser específica para puérperas, e não ser referenciada no DE Risco de quedas da NANDA-I (2018), os itens avaliados correspondem a muitos dos fatores associados descritos no referido DE, sendo, portanto, adequada para o uso.

Características maternas e infantis próprias irão interagir e influenciar a definição da identidade materna. Aspectos maternos como estado de saúde, compõe o arcabouço que influenciará nessa construção de papel. Problemas como os descritos na forma dos diagnósticos de enfermagem (como a Integridade tissular prejudicada, Dor aguda, Distúrbio

no padrão de sono, Conhecimento deficiente, Volume de líquidos excessivo, Fadiga, Ansiedade, Constipação e Risco de quedas), influenciam a conquista de uma identidade materna (MERCER, 2006).

Como descrito por Mercer (2004), dentro do mesossistema está a abordagem quanto aos cuidados diários enquanto o macrossistema engloba os fatores culturais, dentre outros; estando ambos em uma inter-relação contínua. Neste sentido a avaliação direcionada aos quesitos abrangentes por esses sistemas pode possibilitar um cuidado direcionado, por exemplo, um plano de cuidado que contemple os fatores culturais envolvidos na não deambulação precoce pelo medo do rompimento dos pontos cirúrgicos, e ações que direcionem aos cuidados diários, de forma a estimular a autonomia da mulher nesse desempenho.

Nesse sentido, a assistência de enfermagem deve ser integral abrangendo todos esses fatores, e estar embasada na adoção do uso de escalas em sua prática, avaliando melhor os riscos. Para Costa A. G. T. *et al.* (2018) “Tal avaliação permite elaborar estratégias capazes de promover a cultura de segurança por meio da utilização dessa ferramenta e a sua utilização para direcionar as intervenções às pacientes”.

7. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo conhecer os diagnósticos de enfermagem das puérperas internadas em uma Unidade de Alojamento Conjunto (ALCON) de um Hospital de Ensino de Brasília, fundamentando no referencial teórico de Ramona Mercer e na Taxonomia II da NANDA-I.

Quanto a caracterização socioeconômico-demográfica das puérperas que compuseram a amostra, todas do gênero feminino, com média de idade 27,9 anos, a maioria se autodeclarou parda, e com parceiro estável. Houve predomínio de mulheres que apresentaram um médio grau de instrução, que referiram ter uma religião, que desempenhavam atividades do lar, com uma renda familiar de dois a três salários mínimos. Em relação às condições de habitação, a maioria morava de aluguel, com até quatro pessoas, sendo em igual proporção a porcentagem de mulheres advindas das regiões administrativas do DF, e do estado de Goiás.

Quanto ao perfil clínico, no que se refere a intercorrências na gestação, a maioria das puérperas tiveram uma ou mais, com predomínio de DMG e HAG, enquanto no parto e pós-parto predominou-se a ausência de intercorrências.

No que tange ao perfil obstétrico, houve predominância de múltiparas, de mulheres cuja gestação não foi planejada, mas gestações aceitas, com realização de pré-natal, iniciado no primeiro trimestre, e contemplando mais de seis consultas de pré-natal. Quanto ao tipo de parto, evidenciou-se a cesariana com maior frequência na amostra, a idade gestacional no dia do parto foi de 39 à 40 semanas e 6 dias, e a maioria das puérperas se encontrava no primeiro dia pós-parto.

Recorreu-se à aplicação de escalas para uma avaliação mais precisa e embasada cientificamente quanto ao risco de quedas, ao nível de dor, e ao risco para depressão pós-parto durante a entrevista. Na prática de enfermagem, assim como de outras profissões se faz necessária a padronização das avaliações feitas, sendo as escalas uma ferramenta que unifica a linguagem e a mensuração, facilitando futuras avaliações e uma assistência mais minuciosa.

Foram arrolados 638 diagnósticos de enfermagem para o total de 72 puérperas, utilizando-se a Taxonomia da NANDA-I, a média foi de 8,9 diagnósticos por entrevistada. Identificou-se 49 diferentes diagnósticos, os quais contemplaram 11 dos 13 domínios descritos na referida taxonomia, sendo 29 com foco no problema, 13 de risco, e sete de promoção da saúde. Apenas nove apresentaram frequência superior a 40%, sendo: Integridade

tissular prejudicada, Dor aguda, Distúrbio no padrão de sono, Conhecimento deficiente, Volume de líquidos excessivo, Fadiga, Ansiedade, Constipação e Risco de quedas.

A elaboração de um instrumento de coleta de dados embasado em uma Teoria de Enfermagem direcionada ao tema em estudo, foi imprescindível para a contextualização dos fatores envolvidos no universo da maternidade para a mulher. Com isso, foi possível a descrição do perfil sociodemográfico, o levantamento das características clínicas e epidemiológica da amostra estudada, assim como o conhecimento dos diagnósticos de enfermagem, e a discussão das características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, condições associadas e população em risco mais prevalentes na amostra estudada.

A relação dos achados com a Teoria da Consecução do Papel Materno oportunizou um embasamento científico, como um contributo para o conhecimento na enfermagem, o que possibilita um processo de enfermagem direcionado às reais necessidades e abrangente às demandas que vão muito além do físico. Pode-se perceber que a Teoria de Ramona Mercer é direcionada ao período materno-infantil, e possui forte implicação para a enfermagem, orientando a prática, gerando novos conhecimentos e qualificando o cuidado prestado.

Quanto à utilização da Taxonomia II da NANDA-I, cabe destacar que, em alguns momentos, deparou-se com algumas limitações, especialmente no momento do raciocínio clínico, ao se levantar as hipóteses diagnósticas, visto que alguns dos DE da Taxonomia não contemplavam as evidências necessárias para sua formulação. Tal fato sugere a necessidade de uma revisão dos DE com novas evidências que possam estar direcionadas à esse público, de forma a contemplar todas as necessidades e potencialidades apresentadas pelas mulheres durante esse período.

Importante destacar que o presente estudo foi realizado com a referência em português da Taxonomia da NANDA-I de 2018-2020 sendo publicada, ao final do presente estudo, a versão 2021-2023 da NANDA-I.

Na amostra estudada não foi identificado o diagnóstico de enfermagem Disposição para amamentação melhorada, esse fato pode estar relacionado ao momento em que a coleta de dados ocorreu. Observou-se, na amostra estudada, que logo após o parto a mulher estava com sua atenção direcionada a intensidade vivida naquele processo, reconhecendo o filho e se recuperando e a amamentação estava ainda em processo e efetivação, não sendo o foco principal das mulheres, naquele momento. No geral o período mais crítico relacionado à

amamentação acontece na apojadura, quando o leite desce, as mamas tendem a ficarem ingurgitadas e o bebê com maior dificuldade na pega; e somente após esse processo, a mulher tende a direcionar a atenção e cuidados à amamentação. Outro ponto importante é que o DE conhecimento deficiente apresentou prevalência acima de 40% e dentre os principais fatores relacionados, estavam as informações e conhecimentos insuficientes a respeito da amamentação, ou seja, muitas delas ainda não estavam com o foco de atenção direcionado à amamentação até o terceiro dia de pós-parto.

Como limitação do estudo, aponta-se o fato da amostra se restringir a apenas um local, e a escassez de estudos no contexto de alojamento conjunto que abordem os diagnósticos de enfermagem e a teoria de enfermagem que restringiu uma discussão mais ampla dos achados.

O presente estudo contribuiu para reforçar a convicção de que no âmbito da assistência à mulher em seu ciclo gravídico puerperal, a enfermagem tem um papel fundamental, e que as necessidades de cuidado das puérperas envolvem particularidades inerentes ao processo intenso de transição de papel social, pessoal, cultural e de saúde. Este estudo pode também ter importantes implicações para nortear o desenvolvimento de intervenções embasadas cientificamente e integrais não só no Brasil mas também em outros países, beneficiando a mulher, a criança, além do contexto familiar e a sociedade no geral.

No entanto, sugere-se a realização de novos estudos nesse âmbito que possam avaliar de forma mais abrangente em diversas maternidades, e seus contextos, aumentando assim, a representatividade desse público em questão.

Em suma, a(o) enfermeira(o) compete acompanhar e apoiar as mães nesse momento de transição do ciclo de vida, sendo primordial essa atuação diante do momento que implica a formação da nova sociedade, o momento em que os novos seres chegam, e que as mulheres assim como seus apoiadores, esposo, mãe, amigas, rede de apoio, o guiam em sua formação. E para esse importante papel precisamos inicialmente cuidar da mulher para que tenha condições físicas e emocionais de desempenhar esse papel tão valioso.

8. REFERÊNCIAS

- ALMALIK, M. M. Understanding maternal postpartum needs: A descriptive survey of current maternal health services. **Journal of Clinical Nursing**. v. 26, n. 23-24, p. 4654-4663; 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28329433/>
- ALMEIDA, O. S. C.; GAMA, E. R.; BAHIANA, P. M. Humanization of childbirth: the role of nurses. **Revista Enf Contemporânea**. v. 4, n. 1, p. 79-90; 2015. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/456/437>
- ALVARADO, L.; GUARIN, L.; CAÑON-MONTAÑEZ, W. Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binômio madre-hijo: reporte de caso em la unidad materno infantil. **Revista CUIDARTE**. v. 2, n. 1, p. 195-201; 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533178015.pdf>
- ALVARENGA, S. C.; CASTRO, D. S.; LEITE, F. M. C.; GARCIA, T. R.; BRANDÃO, M. A. G.; PRIMO, C. C. Características definidoras críticas para o diagnóstico de enfermagem acerca da amamentação ineficaz. **Rev Bras Enferm**. v. 71, n. 2, p. 335-42; 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/sX55rZTsYfFynSLjwbJXR6t/?format=pdf&lang=pt>
- ANDRADE, R. D.; SANTOS, J. S.; MAIA, M. A. C.; MELLO, D. F. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc Anna Nery**. v. 19, n. 1, p. 181-186; 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0181.pdf>
- ANDRADE, S. G.; VASCONCELOS, Y. A.; CARNEIRO, A. R. S.; SEVERIANO, A. R. G.; TERCEIRO, A. J. M. D.; SILVA, T. B.; CARNEIRO, J. K. R.; OLIVEIRA, M. A. S. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. **Rev Pre Infec e Saúde**. v. 4, n.7283, p. 1-13; 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/7283/pdf>
- ANGELO, R. D. C. O.; SABINO, L. F.; SCHWINGEL, P. A.; LIMA, A. P. O.; ZAMBALDI, C. F.; CANTILINO, A.; SOUGEY, E. B. Dor e fatores associados em puérperas deprimidas e não deprimidas. **Rev Dor**. v. 15, n. 2, p. 100-6; 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rdor/v15n2/pt_1806-0013-rdor-15-02-0100.pdf
- ARRAIS, A. R.; ARAUJO, T. C. C. F. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psicologia, saúde e doenças**. v. 18, n. 3, p. 828-845; 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36254714016.pdf>
- ARAÚJO, K. R. S.; CALÁCIO, I. A.; RIBEIRO, J. F.; FONTENELE, P. M.; MORAIS, T. V. Perfil sociodemográfico de puérperas em uma maternidade pública de referência do nordeste brasileiro. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 06, n. 03, p. 2739-50; 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3241/2923>
- BARBOSA, E. M G.; OLIVEIRA, F. D. M.; GUEDES, M. V. C.; MONTEIRO, A. R. M.; RODRIGUES, D. P.; SILVA, L. F.; FIALHO, A. V. M. Cuidados de enfermagem a uma puérpera fundamentados na teoria do conforto. **Rev Min Enferm**. v. 18, n. 4, p. 845-849; 2014. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v18n4a06.pdf>

BARROS, M. M. A.; LUIZ, B. V. S.; MATHIAS, C. V. A dor como quinto sinal vital: práticas e desafios do enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **BrJP**. v. 2, n. 3, p. 232-6; 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/brjp/v2n3/pt_2595-0118-brjp-02-03-0232.pdf

BEI, B.; COO, S.; TRINDER, J. Sleep and mood during pregnancy and the postpartum period. **Sleep Medicine Clinics**. v. 10, n. 1, p. 25-33; 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26055670/>

BELLO, T. M.; LUXINGER, A. P. R.; LEMOS, V. R.; OLIVEIRA, T. G. Perfil sociodemográfico das puérperas admitidas em hospital estadual. **Cad Educ Saúde e Fisioter**. v. 5, n. 10; p. 42, 2018. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/issue/viewIssue/42/_3#

BELTRAMI, L.; MORAES, A. B.; SOUZA, A. P. R. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrb Comum**. v. 25, n. 2, p. 229-239; 2013. Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/518/2020/09/2013-Beltrami-Moraes-Souza-1.pdf>

BRANCO, C. S. C. **Fadiga no Pós-parto: da validação de um instrumento à análise de fatores associados**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, 2019. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisas. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459/GM, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

BRASIL. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada** – Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher**. Notícias, Agência saúde. Publicação em 28/05/2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal** - versão resumida. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

BRITO, A. P. A.; CALDEIRA, C. F.; SALVETTI, M. G. Prevalência, características e impacto da dor no período pós-parto. **Rev Esc Enferm USP**. v. 55, n. e03691; p. 1-7; 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4zfwq6ZsLnXWfBC3MrLWCvQ/?format=pdf&lang=pt>

BRONFENBRENNER, U. **The ecology of human development: Experiment by nature and desing**. Cambridge, Massachusetts: Havard University Press, 1979.

CAETANO, A. B. J. R. **Preocupações maternas em primíparas durante os primeiros 6 meses de pós-parto**. 2019. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) - Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, 2020. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/129636/2/425883.pdf>

CAKMAK, B.; RIBEIRO, A. P.; INANIR, A. Postural balance and the risk of falling during pregnancy. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**. v. 29, n. 10, p. 1623-25; 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/14767058.2015.1057490>

CANTILINO, A. For a conceptual and methodological consensus on postpartum depression research. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 257, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/15571/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN no 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

COSTA, A. G. T.; BOECKMANN, L. M. M.; MAGALHÃES, A. S.; LOPES, P. A. **Avaliação do risco de quedas em puérperas: uma ferramenta para promoção da cultura de segurança**. 2018. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) - Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, 2018. Disponível em: <http://repositorio.fepecs.edu.br:8080/jspui/bitstream/prefix/33/1/TCC%20Antonia%20Gabriela%20Torres%20Costa.pdf>

COSTA, A. G. T.; FIRMINO, V. H. N.; BOECKMANN, L. M. M.; MAGALHÃES, A. S.; LOPES, P. A.; RODRIGUES, M. C. S. Estratégias de prevenção de quedas em puérperas: revisão integrativa da literatura. **Cien Cuid Saude**. v. 19, n. e48470, p. 1-8; 2020. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/48470/751375150605>

COSTA, C. R.; BRISIGHELLI, H. B. L. **Efeito da massagem clássica para o alívio da constipação intestinal no puerpério**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em

Fisioterapia) - Universidade São Francisco. Bragança Paulista, 2018. Disponível em: <http://lyceumonline.usf.edu.br/salavirtual/documentos/2994.pdf>

COSTA, C. C.; MILANI, D. G.; BÁRBARA, H. M. B.; SOUZA, L. R.; ALVES, M. F.; GOULART, R. G.; ANDRADE, R. D.; SILVEIRA, V. F. S. B.; GONÇALVES, N. E. X. M. Atenção nutricional materno-infantil no puerpério. **Ciência et Praxis**. v. 11, n. 22, p. 23-30; 2018. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/4183/2367>

COSTENARO, R. G. S.; GAIGER, M. B.; DIAZ, C. M. G.; ARAÚJO, C. P.; OLIVEIRA, P. P.; MONTEIRO, A. T.; ROOS, M. O.; BENEDETTI, F. J. Perfil comparativo de puérperas adolescentes e adultas de risco habitual. **Brazilian Journal of Development**. v. 7, n. 1, p. 11240-11251; 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/23979/19238>

CRUZ, M.S.; CARVALHO, F. J. V.; IRFFI, G. Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil. **Planejamento e políticas públicas-IPEA**. n. 46, p. 243-266; 2016. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6577/1/ppp_n46_perfil_socioeconomico.pdf

CUNHA, A. M. S.; GOMES, N. M. C.; SANTOS, G. C. O.; RODRIGUES, S. T. C.; SILVA, J. M. O. Aplicação da teoria humanística de enfermagem na assistência de enfermagem a uma puérpera. **GEP NEWS**, Maceió, v. 1, n. 4, p. 26-32; 2017. Disponível em: <http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/4325/3080>

CUNNINGHAM, F. G.; LEVENO, K. J.; BLOOM, S. L.; SPONG, C. Y.; DASHE, J. S.; HOFFMAN, B. L.; CASEY, B. M.; SHEFFIELD, J. S. **Obstetrícia de Williams**, 24. Ed. – Porto Alegre: AMGH; 2016.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC**. Ano de nascimento 2019. Brasília-DF: Ministério das Saúde; 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

D'AGOSTINI, F. C. P. A. **Construção do papel maternal: um estudo fenomenológico acerca das vivências de interação entre mães adolescentes e enfermeiras**. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo. 2019.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Hospital Universitário de Brasília. **Nossa história**. 2020a. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hub-unb/nossa-historia>

EBSERH. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Hospital das Clínicas. **Rotina operacional padrão**. 2020b. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Mensura%C3%A7%C3%A3o+da+Dor+final.pdf/0b8ffb2a-7f99-47ec-8d86-7060087fb46f>

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Carta de serviços ao cidadão**. Hospital Universitário de Brasília. 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/16496/208947/Carta+de+Servi%C3%A7os/07641bec-a939-441e-9c2d-5c0630f21e2f>

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Prevenção de Quedas**. Sistema de gestão de qualidade. Protocolos. Maternidade – Escola Assis Chateaubriand. Universidade Federal do Ceará. 2020c. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/aceso-a-informacao/protocolos-e-pops>

FARIAS, D. L. S.; NERY, R. N. B.; SANTANA, M. E. Depressão pós-parto: identificação de sinais, sintomas e fatores associados em maternidade de referência em Manaus. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 3, p. 41-45; 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2455/584>

FERNANDES, J. A.; CAMPOS, G. W. S.; FRANCISCO, P. M. S. B. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. **Saúde debate**. v. 43, n. 121, p. 406-416; 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43n121/406-416/pt>

FIGUEIREDO, J. V.; FIALHO, A. V. M.; MENDONÇA, G. M. M.; RODRIGUES, D. P.; SILVA, L. F. A dor no puerpério imediato: contribuição do cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm.** v. 71, suppl 3, p. 1343-50; 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt_0034-7167-reben-71-s3-1343.pdf

FONSECA, M. R. C. C.; VISNARDI, P.; TRALDI, M. C. Perfil sociodemográfico e acesso á assistência pré-natal das puérperas de um hospital público. **REFACS (online)**. v.7, n. 1, p. 6-15; 2019. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs>

FONSECA, S. S. O.; GERK, M. A. S.; LOUREIRO, M. D. R.; NUNES, C. B.; IVO, M. L.; JUSTINO, L. C. L.; AZEVEDO, I. C.; FERREIRA JÚNIOR, M. A. Nursing diagnosis of mothers and roomed-in newborns. **International Archise of Medicine**. v. 9, n. 291, p. 1-8; 2016. Disponível em: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1946/1857>

FRIEDRICK, V. R.; GUERREIRO, M. P. P.; BENETTI, E. R. R.; GOMES, J. S.; KIRCHNER, R. M.; STUMM, E. M. F. Avaliação da dor, estresse e coping em puérperas no pós-operatório de cesárea. **Rev Fund Care Online**. v. 11, n. especial, p. 270-277; 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6422/pdf_1

FULCO, L. G. M.; ALVES, T. R. M.; VIDAL FILHO, A. G.; MOTA, G. N. S. M.; KATZ, L. **Perfil clínico e epidemiológico de mulheres com síndromes hipertensivas na gestação atendidas para o parto no IMIP: estudo descritivo tipo corte transversal**. 2021. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Medicina) – Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife, Pernambuco, 2021. Disponível em: <https://tcc.fps.edu.br/handle/fpsrepo/1001>

GAFFEY, A. D. Fall prevention in our healthiest patients: assessing risk and preventing injury for moms and babies. **Journal of Healthcare Risk Management**. v. 34, n. 3, p. 37-40; 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhrm.21163>

GRAÇA, L. C. C. **Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal; 2010. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/3710>

GRAÇA, L.C.C.; FIGUEIREDO, M.C.B.; CARREIRA, M.T.C. Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade. **Revista de Enfermagem Referência**. III Série, n. 4, p. 27-35; 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262784077_Contributos_da_intervencao_de_enfermagem_de_Cuidados_de_Saude_Primarios_para_a_transicao_para_a_maternidade

GLUSCZAK, L.; DICK, C. A.; LINDEMANN, I.; PORTELA, S. N. **Perfil de puérperas e de recém-nascidos atendidos em maternidade de hospital terciário**. 2019. Anais 6º Congresso Internacional em Saúde. Vigilância em saúde: ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI); 2019. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau>

HELLAND, W. Y. **Nursing Process Diagnostic**. In: CHRISTESEN, P.J.; KENNEY, J.W. Nursing process application of conceptual models. 4. Ed. St. Louis: Mosby, 1995. 367p

HENRIQUES, C.M.G.; BOTELHO, M.A.R.; CATARINO, H.C.B.P. Transition to the Maternal Role in Women with Addiction Problems to Psychoactive Substances – Conceptual Map. **International Journal of Nursing**. v.2, n. 2, p. 47-52; 2015. Disponível em: http://ijnnet.com/journals/ijn/Vol_2_No_2_December_2015/6.pdf

HOLANDA, A. A. R.; GONÇALVES, A. K. S.; MEDEIROS, R. D.; OLIVEIRA, A. M. G.; MARANHÃO, T. M. O. Achados ultrassonográficos das alterações fisiológicas e doenças mamárias mais frequentes durante a gravidez e lactação. **Radiol Bras**. v. 49, n. 6, p. 389-396; 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rb/a/3M6MSKr6sFhtpHNQyd9hqJx/?format=pdf&lang=pt>

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Gerenciamento da dor na SBIBHAE. 2018. Versão 16. **Diretrizes assistenciais**. Disponível em: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Paginas/diretrizes-assistenciais.aspx?busca=%20dor&Especialidade=>

JUNQUEIRA, J. B. **Incontinência urinária e fecal e constipação intestinal em pacientes hospitalizados: prevalência e fatores associados**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo, 2017. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-22062017-181021/publico/DissertacaoJaquelineJunqueiraFINAL_28_04_17.pdf

JUSTI, C. M.; BRAZ, M. M. **Estudo comparativo dos principais desconfortos no puerpério imediato de parto normal e cesariana**. 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade do Sul de Santa Catarina; Santa Catarina, 2002. Disponível em: <http://fisio-tb.unisul.br/Tccs/02b/calinea/artigocalineamaccarinijusti.pdf>

KUZMA, G. S. P. REITER, M. G. R.; CARROCINI, M. M. S.; MORELLI, S. R.; VENZON, P. P. Perfil de puérperas assistidas em alojamento conjunto: estudo comparativo entre os serviços público e privado. **Revista da AMRIGS**. v. 60, n. 2, p. 87-91; 2016. Disponível em: https://www.amrigs.org.br/revista/60-02/04_1586_Revista%20AMRIGS.PDF#gsc.tab=0

LAGINESTRA, A. J. C.; SOUZA, D. F.; OLIVEIRA, E. R.; MORELLI, F. M. R.; JARDIM, M. B.; CARVALHO, L. L. Diabetes mellitus gestacional e complicações fetais e neonatais. **Revista Cadernos de Medicina**. v. 2, n. 3, p. 1-8; 2019. Disponível em:

<http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1675/759>

LAWSON, A.; MURPHY, K. E.; SLOAN, E.; ULERYK, E.; DALFEN, A. The relationship between sleep and postpartum mental disorders: a systematic review. **Journal of Affective Disorders**. v. 176, n. 1, p. 65-77; 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503271500021X?via%3Dihub>

LEAL, M. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; GAMA, S. G. N. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 54, n. 8, p.1-12; 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/08/pt>

LEMOS, R. X.; RAPOSO, S. O.; COELHO, E. O. E. Diagnósticos de enfermagem identificados durante o período puerperal imediato: estudo descritivo. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 2, n. 1, p. 19-30; 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/183>

LIMA, N. C.; RAVELLI, A. P. X.; MESSIAS, L. S. F.; SKUPIEN, S. V. Depressão pós-parto baseada na escala de Edimburgo. **Rev Conexão UEPG**. v. 12, n. 2, p. 268-277; 2016. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao>

MACHADO, A. C.; SILVA, C. C.; MELO, S. L. M. SILVA. A. M. B. Transformações da identidade feminina ao tornar-se mãe. **Psicol Argum**. v. 38, n. 99, p. 66-87; 2020. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/26013/pdf#>

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L.; SILVA, J. P. G.; NASCIMENTO, N. M. Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 37, n. 3, p. 1-9; 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/9dZwkv3VJjm9Fv8V39bfbkKC/?lang=pt>

MEIGHAN, M. Maternal Role Attainment – Becoming a Mother. In: ALLIGOOD, M. R. **Nursing theorists and their work**. 9ª edição. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2017, p. 538-554.

MENDES, M. A.; BASTOS, M. A. R. Processo de enfermagem: sequências no cuidar, fazem a diferença. **Rev Bras Enferm**. v. 56, n. 3, p. 271-276; 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gYJfZNYysYGHMY3GhDcGLPN/?format=pdf&lang=pt>

MERCER, R. T. Predictors of maternal role attainment at one year postbirth. **West Journal of Nursing Research**. v. 8, n. 1, p. 9-32; 1986. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3635327/>

MERCER, R. T. A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. **Nursing research**. v. 30, n. 2, p. 73-7; 1981. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7010317/>

MERCER, R. T. Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. **JOGNN**. v. 35, n. 5, p. 649-51; 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/6831101_Nursing_Support_of_the_Process_of_Becoming_a_Mother

MERCER, R. T. Becoming a mother versus maternal role attainment. **Journal of Nursing Scholarship**. v. 36, n. 3, p. 226-232; 2004. Disponível em: <http://europepmc.org/article/med/15495491>

MERCER, R. T.; FERKETICK, S. L. Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. **Res Nurs Health**. v. 18, n. 4, p. 333-43; 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7624527/>

MERCER, R.T.; FERKETICK, S. L. Predictors of parental attachment during early parenthood. **Journal of Advanced Nursing**. v. 15, n. 3, p. 268-280; 1990. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01813.x>

MERCER, R. T.; MAY, K. A.; FERKETICH, S.; DEJOSEPH, J. Theoretical models for studying the effect of antepartum stress on the family. **Nursing Research**. v. 35, n. 6, p. 339-346, 1986. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3640350/>

MERCER, R. T.; WALKER, L. O. A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. **JOGNN**, v. 35, n. 5, p. 568-82; 2006. Disponível em: [http://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)34402-6/pdf](http://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)34402-6/pdf)

MERCER, R. T.; FERKETICH, S. L.; DeJOSEPH, J. F. Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. **Research in Nursing & Health**, v. 16, n. 1, p. 45-56; 1993. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8488312/>

MESTIERI, L. H. M.; MENEGUETTE, R. I.; MENEGUETTE, C. Estado Puerperal. **Rev Fac de Ciênc Méd Sorocaba**. v. 7, n. 1 p. 5-10; 2005. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/%20RFCMS/article/%20viewFile/359/pdf>

MONGUILHORTT, J. J. C. **Massagem perineal na gestação para prevenção do trauma perineal no parto: abordagem quantitativa e qualitativa**. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/198888/PNFR1062-T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MORAIS, A. O. D. S.; SIMÕES, V. M. F.; RODRIGUES, L. S.; BATISTA, R. F. L.; LAMY, Z. C.; CARVALHO, C. A.; SILVA, A. A. M.; RIBEIRO, M. R. C. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cad. Saúde Pública**. v. 33, n. 6, p. 1-16; 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n6/1678-4464-csp-33-06-e00032016.pdf>

MORAIS, A. C. F.; SILVA, A. R.; NAZARETH, D. C. ANDRADE JUNIOR, D. D.; FABRI JUNIOR, J.; ROTELLA, L. M. N.; PAIVA, L. A.; CORRÊA, L. C. M.; MACHADO, M. C. Prevalência de doença hipertensiva específica da gestação em um hospital de ensino de Juiz de Fora – MG. **Brazilian Journal of health Review**. v. 3, n. 5, p. 14355-14366; 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/18070/14611#>

MORSE, J.M. MORSE, R. M., TYLKO, S. Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. **Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement**. v.8, n.4, p.

366-377; 1989. Disponível em: http://journals.cambridge.org/abstract_S0714980800008576he_Fall-Prone_Patient

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia**. 13. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020/NANDA International**; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2018.

OLEGÁRIO, W. K. B.; FERNANDES, L. T. B.; MEDEIROS, C. M. R. Validação de Diagnósticos de Enfermagem da CIPE[®] para assistência às mulheres no período pós-parto. **Rev Eletr Enf**. v. 17, n. 3, p. 1-8; 2015. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/31502/20768>

OLIVEIRA, C. A. M. Construção e validação de um instrumento imagético para avaliação da intensidade e localização da dor em adultos com plexobraquialgia. [Tese] **Universidade Federal de Minas Gerais**, Escola de Enfermagem, Programa de pós-graduação em enfermagem. Belo Horizonte-MG, 2012. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/GCPA-92VGRP/1/c_lia_maria_de_oliveira_sem_a_p_gina_72.pdf

OLIVEIRA, N. M. A.; ÁVILA, L. K. Fatores de risco para a depressão pós-parto e intervenções de enfermagem para a prevenção. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**. v. 66, n. e006; 2021. Disponível em: <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/667/940>

PACHECO, V. C.; SILVA, J. C.; MARIUSSI, A. P.; LIMA, M. R.; SILVA, T. R. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde debate**. v. 42, n. 116, p. 125-137; 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42n116/125-137/pt>

PELECKIS, M. V.; FRANCISCO, A. A.; OLIVEIRA, S. M. J. V. Terapias de alívio da dor perineal no pós-parto. **Texto Contexto Enferm**. v. 26, n. 2, p. 1-8; 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/YtNqsYgsCfJccpFbKKG8HTjR/?format=pdf&lang=pt>

PEREIRA, T. R. C.; MONTESANO, F. T.; FERREIRA, P. D.; MINOZZI, A. S.; BELEZA, A. C. S. Existe associação entre os desconfortos no puerpério imediato e a via de parto? Um estudo observacional. **ABCS Health Sci**. v. 42, n. 2, p. 80-84; 2017. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1007>

PEREIRA, A. M. M.; DANTAS, S. L. C.; PAIVA, A. M. G.; TORRES, J. D. M.; ASSUNÇÃO, N. C.; OLIVEIRA, R. G.; ARAÚJO, L. J. R.; COSTA, N. Fatores relacionados às lesões perineais ocorridas em partos vaginais. **Brazilian Journal of Development**. v. 6, n. 8, p. 60869-60882; 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/15432/12700>

PORTO, D. F.; PEQUENO, S. A. **Perfil clínico e sociodemográfico das parturientes que pariram de parto vaginal em um hospital universitário do Distrito Federal**. 2018. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia, 2018. Disponível em:

https://bdm.unb.br/bitstream/10483/23130/1/2018_DeboraFrancoesPorto_SeriseAmaralPeque_no_tcc.pdf

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. Ed. – Novo Hamburgo: Feevale; 2013.

REIS, M. A. **Conhecimento de primíparas para o autocuidado no período puerperal**. 2017. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde. Goiânia; 2017. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/4210/2/Meillyne%20Alves%20dos%20Reis.pdf>

RETT, M. T.; OLIVEIRA, D. M.; SOARES, E. C. G.; DeSANTANA, J. M.; ARAÚJO K. C. G. M. Satisfação e percepção de dor em puérperas: um estudo comparativo após parto vaginal e cesariana em maternidades públicas de Aracaju. **ABCS Health Sci**. v. 42, n. 2, p. 66-72; 2017. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1005>

RIEGERT, I. T.; CORREIA, M. B.; ANDRADE, A. R. L.; ROCHA, F. N. P. S.; LOPES, L. G. F.; VIANA, A. P. A. L.; NUNES, M. G. S. Avaliação da satisfação de puérperas em relação ao parto. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 12, p. 11, p. 2986-93; 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236863>

ROYERT J. M.; PEÑATE, M. P. Prácticas de cuidado que realizan las puérperas em los municipios de Sincelejo, Corozal, Tolú, Sampedo y San Onofre (Sucre, Colombia) 2014. **Salud Uninorte, Barranguilla**. v. 32, n. 1, p. 84-94; 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n1/v32n1a08.pdf>

ROQUE, A. T. F.; CARRARO, T. E. Narrativas sobre a experiência de ser puérpera de alto risco. **Esc Anna Nery**. v. 19, n. 2, p. 272-278; 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0272.pdf>

RUBIN, R. Binding in the postpartum period. **Maternal-Child Nursing Journal**, v. 6, p.67-75, 1977. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/585783/>

SAFFIOTI, R. F.; NOMURA, R. M. Y.; DIAS, M. C. G.; ZUGAIB, M. Constipação intestinal e gravidez. **FEMINA**. v. 39, n. 3, p. 163-168; 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n3/a2502.pdf>

SANTANA, E. A. S.; MENDES, A. L. S.; OLIVEIRA, R. T. S.; SILVA, B. C.; ROSA, C. M.; FERREIRA, R. K. A. Puérperas com risco para depressão pós-parto e a adoção de condutas de enfermagem. **Temas em Saúde**. v. 19, n. 6, p.340-361; 2019. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2020/01/19618.pdf>

SANTOS, S. S. **Diagnósticos de enfermagem em indivíduos com ferida crônica assistidos no ambulatório de um hospital de ensino**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Enfermagem) - Faculdade Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, 2014. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/13484/1/2014_SimoneSilvadosSantos.pdf

SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A.; TAVARES, B. F.; BARROS, A. J. D.; BOTELHO, I. P.; LAPOLLI, C.; MAGALHÃES, P. V. S.; BARBOSA, A. P. P. N.; BARROS, F. C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p. 2577-2588; 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/04.pdf>

SANTOS, G. M.; SILVA, A. J. A.; COSTA, R. F.; SILVA, L. A.; SOUSA, C. R. O.; BARRETO, M. T. S. Análise do perfil das puérperas e dos nascidos vivos em um estado do nordeste brasileiro. **Revista UNINGÁ**. v. 31, n. 1, p. 12-18; 2017. Disponível em: <http://34.233.57.254/index.php/uningareviews/article/view/2046/1638>

SANTOS, S. S.; MENÊSES, A. G.; PINHO, D. L. M.; JESUS, C. A. C. A teoria da consecução do papel materno na adolescência: uma reflexão para a prática. **Rev Min Enferm**. v. 24, n. e-1316; p. 1-5; 2020. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v24/1415-2762-reme-24-e1316.pdf>

SANTOS, S. S.; BOECKMANN, L. M. M.; BARALDI, A. C. P.; MELO, M. C. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. **Rev Enferm UFSM**. v. 8, n. 1, p. 129-143; 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28345/pdf>

SANTOS, M. F.; MARTINS, F. C.; PASQUAL, L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Rev. Psiquiatr. Clín.** (São Paulo). v. 26, n. 2, p. 90-5; 1999. Disponível em: [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo\(90\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo(90).htm)

SEIXAS, J. A.; SILVEIRA, F. A.; SILVEIRA, R. A.; RIBEIRO, C. B.; ZILE, L. F. Depressão pós-parto: incidência no ambulatório de puerpério do centro universitário de Valença baseada na escala de Edimburgo. **Saber digital**. v. 12, n. 2, p. 53-62; 2019. Disponível em: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/792/579>

SILVA, E. P.; ALVES, A. R.; MACEDO, A. R. M.; BEZERRA, R. M. S. B.; ALMEIDA, P. C.; CHAVES, E. M. C. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em unidade de alojamento conjunto. **Rev Bras Enferm**, Brasília. v. 66, n. 2, p. 190-5; 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/06.pdf>

SILVA, M. V. **Aplicação de gelo na ferida perineal no período pós-parto**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) - Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, 2019. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/27968>

SILVA, C. M.; CÂMARA, M. A.; ZANON, B. P.; DONADUZZI, D. S. S.; ANVERSA, E. T. R. Fatores, conhecimento, identificação de sinais e sintomas de depressão pós-parto pelos enfermeiros na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**. v. 4, n. 2, p. 4005-4027; 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/25511/20317>

SILVA, A. F.; NÓBREGA, M. M. I.; MACEDO, W. C. M. Diagnósticos/resultados de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** v. 14, n. 2, p. 267-76; 2012. Disponível em: https://projetos.extras.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a06.htm

SILVA, A. K. V.; GOTTEMS, L. B. D. **Análise do acesso das gestantes residentes na RIDE-DF às maternidades públicas do DF**. Companhia de Planejamento do Distrito Federal, série Texto para discussão, 2016. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/TD_11_An%C3%A1lise_do_Acesso_das_Gestantes_Residentes_na_Ride-DF_%C3%A0s_Maternidades_-P%C3%BAblicas_do_DF.pdf

SILVA, A. M. **Perfil das puérperas de um hospital universitário e sua relação com depressão pós-parto segundo a escala de depressão pós-parto de Edimburgo**. 2020. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Medicina) - Universidade de Santa Catarina. Santa Catarina, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/217643/TCCAmandaformatadobu.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

SILVA, A. R.; MANGUEIRA, S. O.; PERRELLI, J. G. A.; RODRIGUES, B. H. X.; GOMES, R. C. M. Avaliação do diagnóstico de enfermagem Padrão de sono prejudicado em puérperas. **Revista Cubana de Enfermería**. v. 36, n. 1; p. e3033; 2020. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3033/548>

SILVA, M. R.; SILVA, D. O.; MONTEIRO, N. M. A. T.; SANTANA, R. M.; ROCHA, S. S.; ALMEIDA, T. H. R. C. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem no parto cesáreo. **Rev enferm UFPE online**. v. 12, n. 12, p. 3221-30; 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a237549p3221-3230-2018>

SILVA, R. C. F.; WESTPHAL, F.; ASSALIN, A. C. B. SILVA, M. I. M.; GOLDMAN, R. E. Satisfação de puérperas acerca da assistência ao parto e nascimento. **Rev enferm UFPE online**. v. 14, n. e245851, p. 1-9; 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.245851>.

SOUSA, A. A. S.; GUEDES, M. V. C.; MONTEIRO, A. R. M.; FREITAS, M. C.; RODRIGUES, D. P. Análise da teoria da consecução do papel materno segundo a proposta de Chinn e Kramer. **17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**. Natal-RN; p. 2309-11; 2013. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1484co.pdf

TOMASONI, T. A.; SILVA, J. B.; BERTOTTI, T. C. W.; PEREZ, J.; KORELO R. I. G.; GALLO, R. B. S. Intensidade de dor e desconfortos puerperais imediatos. **BrJP**. v. 3, n. 3, p. 217-21; 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/brjp/v3n3/pt_1806-0013-brjp-20200047.pdf

TORRES, M. M. **Diagnóstico de enfermagem e fatores associados no puerpério imediato de mulheres internadas em hospital no sul do país**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de Maringá. Maringá, 2016. Disponível em: <http://nou-rau.uem.br/nou-rau/document/?view=vtls000227626>

URBANETTO, J. S., *et al.* Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Rev. esc. enferm. USP**. v.4, n.3, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00569.pdf>

VANETTI, J. P. M.; OLIVEIRA, T. C. S.; ALMEIDA, J. M. Identificação de diagnósticos de enfermagem em alojamento conjunto da maternidade de um hospital terciário. **Rev Fac Ciênc**

Méd Sorocaba. v. 19, n. 4, p. 183-8; 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/30668/pdf>

VIEIRA, F.; BACHION, M. M. SALGE, A. K. M.; MUNARI, D. B. Diagnóstico de enfermagem da NADA no período pós-parto imediato e tardio. **Esc. Anna Nery.** v. 14, n. 1, p. 83-89; 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a13.pdf>

VIEIRA, M. I. C. **Fadiga e parentalidade mindful no período pós-parto: qual o papel das dificuldades de regulação emocional e da sintomatologia ansiosa e depressiva nesta relação?** 2020. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) - Universidade do Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Coimbra, 2020. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/94549/1/TESE_MICV_2015240714.pdf

VON BERTALANFFY, L. **General System Theory.** New York: George Braziller, 1968.

WIELGANZUK, R. P.; PINTO, K. R. T. F.; ZANI, A. V.; BERNARDY, C. C. F.; PARADA, C. M. G. L.; LOPES, D. B. M.; SODRÉ, T. M. Perfil de puérperas e de seus neonatos em maternidades públicas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde.** v. 11, n. 7, p. 1-9; 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/605/292>

ZEBRAL, B. C.; FERREIRA, A. V.; PEREIRA, L. F. P.; PENA, M. J.; GODINHO, M. C.; SILVA, M. H. S.; PAULA, A. J. F.; PUJATTI, P. B. Dor em gestantes e puérperas hospitalizadas. **Rev Med Minas Gerais.** v. 29, n. 8, p. S25-S31; 2019. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2558>

ZUGAIB, M. **Zugaib obstetrícia básica.** 1. Ed. - Barueri, SP: Manole, 2015.

9. APÊNDICES

9.1. APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos a Senhora a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “**Diagnósticos de Enfermagem em Puérperas Fundamentados na Teoria da Consequência do Papel Materno**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Simone Silva dos Santos. O projeto faz parte de uma pesquisa de mestrado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O objetivo desta pesquisa é traçar os diagnósticos de enfermagem das puérperas internadas no Alojamento Conjunto do Hospital Universitário de Brasília (HUB), e dessa forma conhecer as reais necessidades de cuidados de enfermagem dessas mulheres para que futuramente possa auxiliar na condução de ações de enfermagem fundamentadas e sistematizadas em benefício de pacientes que aqui possam se internar.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação se dará por meio de coleta de dados em prontuário, uma entrevista (uma conversa sobre sua história e acerca do seu estado de saúde) e do exame físico (uma avaliação das partes do corpo usando as mãos e o aparelho para auscultar os sons e medir a pressão arterial – estetoscópio e esfigmomanômetro), a serem realizados no âmbito hospitalar durante a sua internação, com um tempo estimado de uma hora, previsto para acontecer em uma única visita. Não serão empregados métodos alternativos (diferentes desses); ao aceitar a participação na pesquisa, a senhora permite o acesso ao seu prontuário para fins de pesquisa.

Os riscos decorrentes de sua participação nessa pesquisa são mínimos por se tratar apenas de entrevista, exame físico e coleta de dados em prontuário, para tanto serão adotadas medidas para garantir a segurança e anonimato. Não será aplicado nenhum teste ou procedimento invasivo, e todos os dados serão documentados e mantidos confidencialmente, não havendo nenhuma forma de identificação em relação a participação, ficando todas as

informações pessoais e/ou de identificação em sigilo com as pesquisadoras, e caso haja qualquer desconforto durante o exame físico ou cansaço ao responder as perguntas na entrevista, os mesmos serão interrompidos e a senhora será excluída da amostra sem danos na continuidade de sua assistência, reduzindo assim qualquer risco envolvido. Se a senhora aceitar participar, poderá contribuir com a melhora da assistência tanto da mulher recém-mãe quanto do recém-nascido e da família, a partir do conhecimento das principais necessidades durante esse período, o que possibilita um cuidado mais direcionado e eficaz.

A senhora pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que a senhora tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, a senhora deverá buscar ser indenizada, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a pesquisadora responsável Simone Silva dos Santos ou para a pesquisadora professora e orientadora Cristine Alves Costa de Jesus, na Universidade de Brasília, nos telefones 61 36248435 ou 61 982693256, ou pelo e-mail: eo.simonesilva@gmail.com, e 61 31071756, 31071711 ou 31071758 ou pelo e-mail: cristine@unb.br. Estando os telefones disponíveis para ligação a cobrar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa

podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que e rubrique todas as páginas e assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com a Senhora.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Nome da Participante da Pesquisa: _____ RG.: _____

Assinatura da Participante de Pesquisa: _____

Assinatura e identificação do pesquisadora: _____

9.2. APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

TÍTULO DA PESQUISA: “Diagnósticos de Enfermagem em Puérperas Fundamentados na Teoria da Consecução do Papel Materno”.

PESQUISADORES: Simone Silva dos Santos, Cristine Alves Costa de Jesus

Nº _____

SEÇÃO I – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS**A) IDENTIFICAÇÃO**

1.1 Idade: _____ anos

1.2 Cor autodeclarada: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Não declarada

1.3 Procedência: _____

1.4 Estado conjugal:

() casada () solteira () união consensual () divorciada () viúva

1.5 Escolaridade:

() 1º grau incompleto () 2º grau incompleto () 3º grau incompleto () outra _____

() 1º grau completo () 2º grau completo () 3º grau completo

B) HISTÓRIA OBSTÉTRICA

1.6 G__PN__PC__A__: _____

1.7. Gestação atual foi:

Planejada: () Sim () Não Desejada: () Sim () Não Aceita: () Sim () Não

1.8 Número de consultas de pré-natal:

() uma à três () quatro à seis () mais de seis () nenhuma

1.9 Período que iniciou o pré-natal:

() 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre () não fez pré-natal

1.10 Doença/intercorrência na gestação atual (incluir doenças prévias): _____

1.11 Uso de medicações/suplementos atual: _____

C) DADOS RELATIVOS AO PARTO

1.12 Idade gestacional no dia do parto: _____ Data do parto: _____ Dias pós-parto: _____

1.13 Tipo de parto:

() vaginal espontâneo () vaginal induzido () cesariana eletiva () cesariana intraparto/emergência

1.14 Você participou da escolha do seu parto? () não () sim

1.15 Como você se sentiu durante o processo de trabalho de parto? _____

1.16 Você teve acompanhante no seu parto?

() Não por escolha () Não foi permitido () Sim, quem: _____

1.17 Houve alguma complicação no parto/pós-parto/RN?

() Não () Sim, qual: _____

1.18 Houve separação entre você e RN após o nascimento?

() Não () Sim, _____

SEÇÃO II - VARIÁVEIS RELATIVAS AO MICROSISTEMA

A) CONTEXTO FAMILIAR

2.1 História familiar: () desmame precoce () depressão () doenças psiquiátricas () outras:

2.2 Houve algum conflito familiar ou com o pai da criança com a gestação?

() Não () Sim, _____

2.3 Acredita que pode melhorar o relacionamento familiar/pai da criança?

() Não () Sim, _____

2.4 O pai da criança participa nas decisões/cuidados relativos à criança:

() Sim () Não, Obs.: _____

2.5 Terá ajuda nos cuidados com a criança ou com afazeres domésticos?

Não Sim, _____

2.6 O que significou pra você o nascimento da criança? _____

2.7 Como você descreve seu bebê? _____

2.8 Tinha algum desejo de como gostaria que a criança fosse?

Não Sim, _____

2.9 A criança corresponde a suas expectativas? Sim Não, _____

2.10 Tem alguma dificuldade em identificar as necessidades da criança?

Não Sim, _____

2.11 Se sente preparada para cuidar da criança?

Sim Não, _____

2.12 Padrão de contato físico com a criança:

a) Fez contato visual com a criança durante a amamentação? Sim Não NA

b) Acaricia o RN durante cuidados de higiene perineal, perianal, umbilical ou banho?

Sim Não NA

c) Toca a criança para amamentar? Sim Não NA

d) Acaricia a criança fora da realização de cuidados? Sim Não NA

e) Fala com a criança? Sim Não NA

2.13 De alguma maneira o nascimento da criança alterou seus objetivos de vida?

Não Sim, _____

2.14 Você tem dificuldades para:

comunicação compreensão tomar decisões nenhuma

2.15 No momento tem sentido algum medo? Não Sim, de que, desde quando e o que contribui:

2.16 Se sente muito preocupada? Não Sim, _____

2.17 O que tem feito pra lidar com isto? _____

2.18 Sente-se sobrecarregada com as atividades de cuidados com a criança?

() Não () Sim, _____

2.19 Qual é a sua maior preocupação em relação à maternidade? _____

2.20 Sente alguma dificuldade de desempenhar o papel de mãe? () Não () Sim, como se sente:

B) CONTEXTO SOCIAL

2.21 Profissão/ocupação: _____

2.23 Terá licença maternidade? () não () sim, _____ meses.

2.22 Deixou de trabalhar? () não () sim _____

2.23 Renda Familiar: () até 1 salário () de 2 a 3 salários () >3 salários ()
outra _____

2.24 Condições de moradia: () própria () alugada () cedida ()
outros _____

2.25 N° de moradores na casa: _____ Com quem mora? _____

2.26 Quantos trabalham? _____

2.27 Qual o papel que desempenha na família? _____

2.28 Existem familiares dependentes de você? _____

2.29 Gestação/maternidade afeta seu convívio familiar e/ou social?

() não () sim, Como: _____

2.30 Faz acompanhamento em Unidade de Saúde: () não () sim, Qual: _____

SEÇÃO III - VARIÁVEIS RELATIVAS AO MESOSSISTEMA

A) HÁBITOS PESSOAIS

3.1 Alergia tóxica/medicamentosa/alimentar: () não () sim, Especificar: _____

3.2 Tabagismo: () Não () Sim, tempo: _____ cigarros/dia: _____ () Abstinência: _____

3.3 Etilismo: () Não () Sim, tempo: _____ doses/dia: ____ () Abstinência: _____

3.4 Outras drogas: () Não () Sim, Quais _____

3.5 Ingesta hídrica: _____ l/dia

3.3 Refeições: n^o/dia: _____

3.6 Peso antes da gestação: _____ kg 3.5 Ganho de peso na gestação: _____ kg

3.7. Peso atual: _____ kg 3.6 Altura: _____ m 3.7 IMC: _____

3.7 Alimentos mais consumidos: _____

3.8 Tem o hábito de beber café/estimulantes? () Não () Sim, frequência _____

3.9 Come quando se sente: () Ansiosa () Triste/irritada () Gosta de “beliscar” () Preocupada ()
fome () por influência de pessoas

3.10 Tem feito/pretende fazer alguma restrição alimentar devido ao puerpério? _____

3.11 Como você considera que deve ser uma alimentação saudável para mulheres após o parto?

3.12 Eliminações

3.12.1 Eliminação intestinal: () presente () ausente, quantos dias? ____ Obs.: _____

3.12.2 Eliminação urinária: () presente () ausente, quantos dias? ____ Obs.: _____

3.13 Sono: _____ h/noite

3.13.1 Apresenta:

() Insônia () Dificuldade para iniciar o sono () Dificuldade para manter o sono () nenhuma

3.13.2 Seu sono é restaurador? () Sim () Não, _____

3.13.3 Observado durante a entrevista falta de energia na puérpera? () Não () Sim

3.14 Atividade e repouso

3.14.1 Mobilidade: () deambula () não deambula () deambula com auxílio

() outra _____

3.14.2 Fazia alguma atividade física?

() sim, qual: _____ () não, motivo: _____

3.14.3 Tem energia para realizar as atividades diárias ou cuidados com o bebê?

() Sim () Não, _____

3.14.4 Risco de queda (ESCALA DE MORSE, anexo): () Baixo () Moderado () Elevado

3.15 Sexualidade

3.15.1 A gestação afetou sua atividade sexual: () não () sim, como: _____

3.15.2 Sente que o parto pode ter afetado sua sexualidade: () não () sim, como: _____

B) AUTO IMAGEM

3.16 De um a dez, qual é sua satisfação consigo mesma? _____

3.17 Há alguma coisa em si que gostaria que fosse diferente? _____

3.18 Houve alguma mudança em sua maneira de ser com a gestação e/ou o parto? () não () sim, quais: _____

3.19 Deseja ou planeja alguma mudança nos seus cuidados quando receber alta?

() Não () Sim, quais? _____

3.20 Como você se descreve fisicamente e emocionalmente:

3.21 Apresenta risco para Depressão pós-parto (Escala em anexo – EDPE): () Não () Sim

C) EXAME FÍSICO

3.22 Avaliação da dor (Escala-EVN): _____ Atrapalha sua rotina: () Não () Sim, _____

3.23. Caso presença de dor:

() Curva-se () apresenta gesto de proteção () expressão facial de dor () Nenhuma

3.24 Aparência Geral:

() Aflita () indisposta () preocupada () agitada () irritada () calma
 () Angustiada () bem disposta () chorando () agressiva () cansada

3.25 **Mucosas:** () Descoradas _____ () Coradas () Ictéricas () Petéquias

3.26 Aparelho Respiratório:

3.26.1 Frequência respiratória: _____ Ritmo: () regular () irregular,
 tipo: _____

3.26.2 Expansibilidade torácica: () simétrica () assimétrica e () profunda () superficial

3.26.3 Ausculta: MV: () fisiológicos () aumentado () diminuído

3.26.4 RA: () não () sim, tipo: _____

3.27 Aparelho Cardiovascular:

3.27.1 PA _____ mmHg Temperatura: _____ °C

3.27.2 Pulso: _____ () rítmico () arritmico, Característica: () cheio () filiforme

3.27.3 Ausculta: Ritmo cardíaco: () regular () irregular

3.27.4 Sopros: () presentes () ausentes

3.27.4 Bulhas: () normofonéticas () hipofonéticas () hiperfonéticas

3.28 Mamas: () Flácidas () Túrgidas () Normotensas () Mastite () Cirurgias
 prévias: _____

3.28.1 Mamilos: () protusos () planos () invertidos

3.28.2 Lesão mamilar: () não () Sim, quais: _____

3.28.2 Secretiva: () colostro () leite () não secretiva

3.29 Abdome: () Livre () Plano () Escavado () Distendido () Hérnia

3.29.1 Ausculta abdominal, RHA: () fisiológicos () diminuídos () aumentados

3.29.2 Presença de visceromegalias? () Não () Sim, _____

3.29.3 Útero: () hipotônico

() Contraído, qual nível da cicatriz umbilical: () na altura () acima () abaixo

3.29.4 Doloroso à palpação: () sim () não

3.29.5 Ferida operatória: () não se aplica () sim, aspecto: () limpa e seca () secretiva () sinais
 flogísticos

3.30 Lóquios: () fisiológicos () aumentados () diminuídos

3.31.1 Tipo de lóquios: () Rubra () Fusca () Flava () Alba

3.32 Períneo: () sem edema () edema () hematoma () episiotomia

3.32.1 Houve laceração perineal () NA () não () Sim, grau () I () II () III () IV

Aspectos: _____

3.33 Membros inferiores:

3.33.1 Edema: () 0/4+ () 1+/4+ () 2+/4+ () 3+/4+ () 4+/4+

3.33.1 Presença de varizes () não () sim, obs.: _____

3.33.2 Sinal de Homans: () ausente () presente

3.33.3 Sinal da Bandeira: () ausente () presente

3.33.4 Sinal da Bancroft: () ausente () presente

SEÇÃO IV - VARIÁVEIS RELATIVAS AO MACROSISTEMA

4.1 Possui alguma crença religiosa? _____

4.2 Sente interferência das pessoas nas duas decisões em relação aos cuidados do RN?

() Não () Sim _____

4.3 Você pode/pretende amamentar? () Sim () Não

4.4. Criança tem boa pega e sucção? () Sim () Não

4.5 Você se sente satisfeita em amamentar? () Sim () Não

4.6 Sente-se segura e/ou confiante para amamentar? () Sim () Não, _____

4.7 Precisa de ajuda para colocar a criança para amamentar? () Não () Sim, _____

4.8 Conhece os benefícios do aleitamento materno? () Não () Sim

4.9 Pretende usar algum complemento na alimentação da criança? () Não () Sim, _____

4.10 Pretende usar chupeta e/ou mamadeira? () Não () Sim, _____

4.11 Sabe quais são os cuidados com as mamas na amamentação: () Não () Sim, _____

4.12 Foi orientada sobre sua higiene e cuidados perineais: () Sim () Não

4.13 Foi orientada sobre cuidados com sua incisão cirúrgica: () Sim () Não () NA

4.14 Realiza curativo do coto umbilical da criança? () Sim () Não _____

4.15 Como é higienizada a região genital da criança durante as trocas de fraldas? _____

4.16 Acha necessário usar faixa abdominal na criança? () Não () Sim _____

Observações da entrevistadora: _____

SEÇÃO V - EXPECTATIVAS DO CLIENTE

5.1 Atualmente quais são seus objetivos na vida?

5.2 O que está fazendo para alcança-los?

5.3 Impressões do Entrevistador:

Puérpera apresenta observação atenta durante entrevista?

(1) Sim (2) Não _____

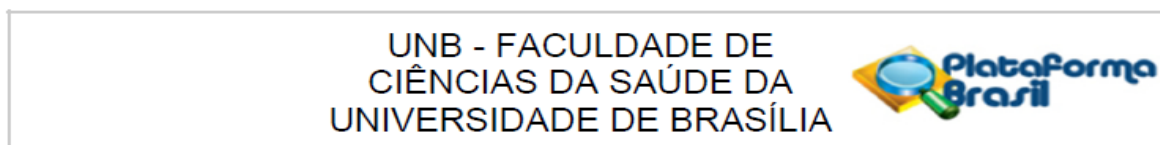
Puérpera apresenta movimentos pouco comuns (arrastar os pés, movimentar mãos/braços)? (1) Sim (2) Não

Puérpera olha nos olhos durante entrevista? (1) Sim (2) Não

Assinatura do pesquisador: _____ **DATA:** ____/____/____

10. ANEXOS

10. 1. ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 3.754.960



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PUÉRPERAS FUNDAMENTADOS NA TEORIA DA CONSECUÇÃO DO PAPEL MATERNO

Pesquisador: SIMONE SILVA DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19024719.7.0000.0030

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado - Universidade de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.754.960

Apresentação do Projeto:

"Resumo:

O puerperio e dotado de diversas modificacoes fisicas, psicicas e sociais, sendo um periodo oportuno. O enfermeiro deve embasar suas acoes no processo de enfermagem, sendo indispensavel o conhecimento das reais necessidades levando em consideracao os padroes e crencas culturais das puerperas para criar um plano de cuidado factivel, multidimensional e contextualizado que atenda as condicoes apresentadas de forma qualificada. A teoria de Mercer apresenta-se adequada para o estudo por ser direcionada ao ciclo gravidico-puerperal, e por colocar o enfermeiro como uma peca fundamental no cuidado, tanto da mulher quanto de seu nucleo familiar. O presente estudo tem como objetivo conhecer os diagnosticos de enfermagem (DE), fundamentado na Taxonomia II da NANDA-I e na teoria de Ramona Mercer, de puerperas internadas em uma Unidade de Alojamento Conjunto (ALCON) de um hospital de ensino. Estudo de abordagem quantitativa, descritivo e com delineamento transversal a ser realizado em 2019, no ALCON de um Hospital de Ensino, situado em Brasilia, Distrito Federal. A amostra sera constituída por conveniencia, das puerperas internadas que possuem idade superior a 18 anos, que estiverem no puerperio, com crianca viva, que concederem espontaneamente anuencia em participar do trabalho, e que apresente capacidade para entender e responder as questoes. Os resultados esperados sao o conhecimento dos DE nessa clientela especifica, e a producao de informacoes para o desenvolvimento de inumeros trabalhos que favorecam a implementacao

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.754.960

desses DE as puerperas, valorizando assim todos os aspectos da pratica de enfermagem e qualificando a assistencia prestada."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primario:

- Conhecer os diagnosticos de enfermagem das puerperas internadas em uma Unidade de Alojamento Conjunto (ALCON) de um Hospital de Ensino de Brasilia (HUB), fundamentando no referencial teorico de Ramona Mercer e na Taxonomia II da NANDA-I.

Objetivo Secundario:

- Descrever o perfil sociodemografico da amostra selecionada para o estudo;
- Levantar caracteristicas clinicas e epidemiologicas da amostra selecionada para o estudo;
- Determinar os Diagnosticos de Enfermagem presentes nas puerperas internadas no ALCON/HUB, segundo a Taxonomia II da NANDA-I;
- Listar e descrever as caracteristicas definidoras, fatores relacionados e fatores de risco dos diagnosticos de enfermagem de prevalencia superior a 50% na amostra estudada;
- Discutir os diagnosticos de enfermagem mais frequentes na amostra estudada;
- Relacionar os diagnosticos de enfermagem identificados com a Teoria da Construcao do Papel Maternal."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Os riscos envolvidos nessa pesquisa podem estar relacionados a quebra de sigilo e de anonimato na pesquisa documental, alem de cansaco ao responder as perguntas na entrevista e desconforto durante o exame fisico. E para tanto serao adotadas medidas para garantir a seguranca, as pesquisadoras se comprometem quanto ao sigilo, e nao havera identificacao de pacientes, funcionarios ou qualquer outro profissional, apenas a analise dos julgamentos e intervencoes propostas. Quanto ao estudo prospectivo junto as pacientes internadas, caso haja qualquer desconforto durante o exame fisico ou cansaco ao responder as perguntas na entrevista, os mesmos serao interrompidos e a entrevistada sera excluida da amostra sem danos na continuidade de sua assistencia. Por se tratar de aplicacao de instrumento de entrevista e exame fisico, nao existem outros riscos a essa clientela visto que nao envolve aplicacao de procedimentos invasivos. Ressalta-se que no caso de qualquer constrangimento da puerpera durante a coleta de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.754.960

dados e, caso a mesma decida pela não continuidade de sua participação na pesquisa, estará garantido seu desligamento sem prejuízo a sua assistência.

Benefícios:

A relevância científica da pesquisa pretendida está no fato de conhecer as inferências diagnósticas das puerperas, repercutindo na saúde não só da mulher, mas do recém-nascido e da família. Conhecer os diagnósticos de enfermagem apresentados por essa clientela específica pode gerar informações para o desenvolvimento de inúmeros trabalhos que favoreçam a implementação desses DE as puerperas, valorizando assim todos os aspectos da prática de enfermagem, desde a obtenção da autonomia profissional até a garantia de uma documentação precisa para favorecer recursos de insumos e de pessoal (NANDA, 2015). Considerando que a assistência de enfermagem é desenvolvida com foco nas condições identificadas que requerem intervenção profissional, é essencial visualizar claramente quais situações e condições o período puerperal apresenta que demandam atendimento por parte da equipe de enfermagem. Ainda, a sistematização da assistência de enfermagem é fundamental no trabalho do enfermeiro, e cada vez mais se faz necessário introduzi-la na prática assistencial para fornecer um atendimento integral, avaliando o cliente como um todo. Além de direcionar o profissional na utilização de conhecimentos teóricos e científicos associando-os à prática clínica, também resulta em uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados (OLEGARIO, FERNANDES, MEDEIROS; 2015).

A decisão de adotar a sistematização se situa no significado que o processo tem para o profissional de enfermagem, e não apenas nos fatores externos organizacionais ou administrativos. Permite o norteamento dos cuidados prestados, direcionamento das tomadas de decisões e a garantia de realização de uma atividade que, de fato, é de competência e responsabilidade do enfermeiro (MENDES & BASTOS, 2003; GEORGE, 2000). Ressalta-se, que diagnóstico de enfermagem tem representado uma das mais importantes fontes de conhecimentos científico e específico de enfermagem, permitindo que sejam identificadas, com acurácia, as respostas dos pacientes.

Espera-se ainda que a partir do conhecimento dos DE para essa população, tenha-se maior embasamento para planejar os cuidados prestados a partir de um maior conhecimento das reais necessidades dessas mulheres, visando a reflexão sobre a importância do processo de enfermagem, e facilitando sua aplicação. Os resultados também poderão subsidiar novos trabalhos como fonte para a elaboração das intervenções de enfermagem e dos resultados, e a partir da

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.754.960

divulgação do conhecimento favorecer o cuidado integral com uma assistência de enfermagem mais científica e sistematizada, além da contribuição para o avanço da enfermagem como profissão.".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

Será desenvolvido pela mestrande Simone Silva dos Santos, que também será a Pesquisadora Responsável, sob a orientação da Profa. Dra. Cristine Alves Costa de Jesus.

Serão recrutadas, por conveniência, 50 puerperas internadas na Unidade de Alojamento Conjunto (ALCON) do Hospital de Ensino de Brasília (HUB) que possuem idade superior a 18 anos, que estiverem no puerpério, com criança viva, que concederem espontaneamente anuência em participar do trabalho, e que apresentem capacidade para entender e responder as questões.

O orçamento da pesquisa prevê gastos de R\$ 615,00 com materiais de consumo, e será de financiamento próprio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

1. Informações Básicas do Projeto - "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1352457.pdf" postado em 08/11/2019.
2. Carta de resposta às pendências apresentadas no Parecer Consubstanciado n. 3.648.147 - "Carta_Pendencias_CEP_pdf.pdf; Carta_Pendencias_CEP_doc.docx " postada em 08/11/2019 .
3. Modelo de TCLE ATUALIZADO - "TCLE_Projeto_Mestrado.doc" postado em 08/11/2019.
4. Projeto Detalhado ATUALIZADO - "Projeto_de_Mestrado_CEP.docx" postado em 21/10/2019.
5. Cronograma ATUALIZADO - "Cronograma_Projeto_Mestrado.docx" postado em 21/10/2019.

Recomendações:

Não se aplicam.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.754.960

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apresentadas no Parecer Consubstanciado n. 3.648.147:

1. Solicita-se atualizar o cronograma prevendo o início da pesquisa para período posterior a aprovação pelo CEP. Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável aguardar a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa (Res. CNS 466/2012, item XI.2.a). Tal alteração deverá ser realizada no Cronograma e no Projeto da Plataforma Brasil

RESPOSTA: Todas as etapas do cronograma foram atualizadas na Plataforma Brasil, adequando para o tempo de apreciação do comitê de ética e o início da coleta de dados somente após a aprovação do mesmo. Um novo cronograma foi anexado na plataforma, com a alteração sugerida em todas as etapas subsequentes à aprovação do CEP/FS.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Não está claro se serão 30 ou 50 participantes. Solicita-se esclarecimentos e uniformização dessa informação em todos os documentos e na Plataforma Brasil.

RESPOSTA: A informação foi esclarecida e uniformizada em todos os documentos e na Plataforma Brasil, serão 50 participantes.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. O prontuário médico sempre pertence ao paciente e só podem ser acessados e divulgados com a autorização do paciente ou a de seu responsável legal (Res. CFM No. 1.821/07). Diante do exposto, solicita-se que seja acrescentado no modelo de TCLE a informação de que, ao participar da pesquisa, o participante dá acesso ao seu prontuário para fins de pesquisa.

RESPOSTA: A informação foi acrescentada no TCLE, primeira página, quarto parágrafo, sexta linha. O qual foi atualizado e um novo arquivo foi anexado na Plataforma Brasil.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da pesquisa.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 3.754.960

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1352457.pdf	08/11/2019 11:30:45		Aceito
Outros	Carta_Pendencias_CEP_pdf.pdf	08/11/2019 11:30:08	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Carta_Pendencias_CEP_doc.docx	08/11/2019 11:29:35	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Projeto_Mestrado.doc	08/11/2019 11:28:39	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Mestrado_CEP.docx	21/10/2019 17:20:15	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	Cronograma_Projeto_Mestrado.docx	21/10/2019 16:57:17	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_com_CNPJ.pdf	06/08/2019 17:43:18	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	Orcamento_Projeto_Mestrado.docx	06/08/2019 17:34:12	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_da_instituicao_Proponente.pdf	06/08/2019 17:30:39	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Termo_Concordancia_Proponente_doc.docx	06/08/2019 17:29:48	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_da_instituicao_coparticipante_doc.doc	06/08/2019 17:27:49	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_Instituicao_coparticipante_doc.doc	06/08/2019 17:25:13	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade_e_compromisso_Cristine.pdf	06/08/2019 17:21:53	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade_e_compromisso_Simone.pdf	06/08/2019 17:20:55	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Termo_Responsabilidade_Cristine.docx	06/08/2019 17:20:00	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade_e_compromisso_Simone.docx	06/08/2019 17:19:10	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_do_projeto_ao_CEPFS.docx	06/08/2019 17:16:30	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Outros	RESUMO.docx	31/07/2019 17:04:29	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Simone_Julho_2019.pdf	31/07/2019 16:59:46	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Cristine_Julho_2019.pdf	31/07/2019 16:59:16	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_de_projeto	31/07/2019	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.754.960

Outros	o_ao_cep.pdf	16:57:10	SANTOS	Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_da_instituicao_coparticipante.pdf	31/07/2019 16:55:51	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Concordancia_Institucional.pdf	31/07/2019 16:54:49	SIMONE SILVA DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 10 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Fabio Viegas Caixeta
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

10.2. ANEXO B – Escalas utilizadas na pesquisa

ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO	
Como você recentemente teve um bebê, gostaria de saber como você está se sentindo nos últimos dias. Por favor, marque com um X a resposta mais próxima ao que você tem:	
<p>1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:</p> <p><input type="checkbox"/> Como eu sempre fiz</p> <p><input type="checkbox"/> Não tanto quanto antes</p> <p><input type="checkbox"/> Sem dúvida, menos que antes</p> <p><input type="checkbox"/> De jeito nenhum</p>	<p>6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes</p> <p><input type="checkbox"/> Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles</p> <p><input type="checkbox"/> Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes</p>
<p>2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia:</p> <p><input type="checkbox"/> Como sempre senti</p> <p><input type="checkbox"/> Talvez, menos que antes</p> <p><input type="checkbox"/> Com certeza menos</p> <p><input type="checkbox"/> De jeito nenhum</p>	<p>7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Não muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Não, nenhuma vez</p>
<p>3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Não, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Não, nenhuma vez</p>	<p>8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, na maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Não muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Não, de jeito nenhum</p>
<p>4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:</p> <p><input type="checkbox"/> Não, de maneira alguma</p> <p><input type="checkbox"/> Pouquíssimas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes</p>	<p>9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, quase todo o tempo</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> De vez em quando</p> <p><input type="checkbox"/> Não, nenhuma vez</p>

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:	10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça:
<input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes	<input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes, ultimamente
<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes nos últimos dias
<input type="checkbox"/> Não muitas vezes	<input type="checkbox"/> Pouquíssimas vezes, ultimamente
<input type="checkbox"/> Não, nenhuma vez	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez

Nota: nas questões 1, 2 e 4 a pontuação para a sequência é 0, 1, 2, 3. Nas demais, a pontuação é 3, 2, 1, 0.

Pontuação: _____ (Grupo de risco para desenvolver DPP: pontuação ≥ 10).

Fonte: Adaptado de SANTOS; MARTINS; PASQUAL, 1999.

Escala de Risco de Quedas de Morse: versão traduzida e adaptada		
1. História de quedas nos últimos três meses		
Não	Se o cliente não tiver história de quedas nos últimos três meses.	0
Sim	Se o cliente caiu durante o período de internação hospitalar ou se tem um histórico recente de quedas por fatores fisiológicos nos últimos três meses.	25
2. Diagnóstico Secundário		
Não	Se não existir diagnóstico secundário que possa contribuir para a queda.	0
Sim	Se o prontuário do cliente apresentar mais de um diagnóstico de enfermagem/médico.	15
3. Auxílio na Deambulação		
Nenhum/Acamado/Auxiliado por profissional de saúde	Se o cliente deambula sem nenhum equipamento auxiliar, se não sai da cama ou se caminha com apoio de terceiros de forma leve.	0
Bengala/ Muleta	Se o cliente utiliza bengala, muleta ou andador.	15
Mobiliário ou parede	Se o cliente se movimenta utilizando mobiliários ou paredes.	30
4. Terapia Endovenosa		
Não	Se o cliente não está em terapia endovenosa ou utiliza dispositivos endovenosos salinizados ou heparinizados. Medicação efetuada em bólus e quando o cliente utiliza dispositivo totalmente implantado	0

	considera-se zero, quando não tiver em uso.	
Sim	Se o indivíduo utiliza dispositivos endovenosos com ou sem soluções endovenosas em infusão contínua ou não. Perfusão de cateter epidural está incluído neste item.	20
5. Marcha		
Normal/Sem deambulação/Acamado/Cadeira de rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação o cliente que está acamado ou utiliza cadeira de rodas (sem deambulação)	0
Fraca	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca/lenta embora o cliente incline-se para frente enquanto caminha é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário para apoio esse apoio se dá de forma leve somente para se sentir seguro e não para se manter ereto.	10
Comprometida/Cambaleante	O cliente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldades de levantar-se da cadeira, necessidade de apoiar-se nos braços da cadeira para levantar-se ou impulsionar o corpo. Cabeça abaixada e ele olha para o chão, devido à falta de equilíbrio, o cliente agarra-se ao mobiliário, ou a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio a marcha. Quando um membro da equipe auxiliar esse cliente a caminhar percebe que o cliente realmente se apoia nele ou que quando utiliza um mobiliário ou corrimão para se apoiar o faz com muita força até que seus dedos da mão fiquem brancos.	20
6. Estado Mental		
Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	Quando o cliente é capaz de responder as perguntas de orientação no tempo e espaço.	0
Superestima capacidade/Esquece limitações	Quando o cliente não é capaz de responder as perguntas de orientação no tempo e espaço ou não responde.	15
Classificação do Risco	Soma dos pontos (uma única opção dos itens) 0-24 Baixo Risco; 25-44 Risco Moderado; ≥45 Risco Elevado.	

Fonte: Adaptada de Morse *et al.*, 1989

Escala de avaliação numérica (EVN) da dor

Sem dor	Dor leve	Dor moderada	Dor intensa	Dor insuportável
0	1-3	4-6	7-9	10

Fonte: HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2018.