



## ARTIGO DE PESQUISA

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS DURANTE O PERÍODO PUERPERAL IMEDIATO: ESTUDO DESCRITIVO

*NURSING DIAGNOSES IDENTIFIED DURING THE PUERPERAL PERIOD IMMEDIATE: DESCRIPTIVE STUDY*  
*DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA IDENTIFICADOS DURANTE EL PERIODO DE PUERPERIO INMEDIATO: ESTUDIO DESCRIPTIVO*

*Renata Xavier de Lemos<sup>1</sup>, Sérgio Oliveira Raposo<sup>2</sup>, Elciana de Oliveira Emerick Coelho<sup>3</sup>*

#### RESUMO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa que objetivou identificar os principais problemas e complicações do puerpério imediato e elaborar diagnósticos de enfermagem, seguindo a taxonomia II da NANDA pertinente para cada problema. Os sujeitos deste estudo foram 20 mulheres internadas em um hospital situado em um município da Zona da Mata mineira que estavam vivenciando o período imediato do puerpério. A coleta dos dados se deu mediante consulta puerperal e o instrumento utilizado foi um formulário sistematizado composto por questões fechadas. Após a análise dos dados obtidos, foram selecionados os 11 problemas mais frequentes, sendo, em seguida, elaborados 10 diagnósticos de enfermagem. Após o levantamento dos problemas e elaboração dos diagnósticos de enfermagem, foi realizada a divisão dos mesmos em dois grupos; “diagnósticos reais”, representando 30% dos diagnósticos identificados, e “diagnósticos de risco”, que representaram 70%. Essa verificação reforça, portanto, o valor da utilização do processo de enfermagem na gestão dos riscos relacionados à saúde da puérpera e demonstra o quanto o trabalho da equipe de enfermagem pode contribuir na identificação e minimização de riscos à saúde da puérpera. **Descritores:** Diagnóstico de enfermagem; Período pós-parto; Saúde da mulher.

#### ABSTRACT

Descriptive study with quantitative approach that aimed to identify key problems and complications of the puerperium and elaborate nursing diagnoses, according to the NANDA Taxonomy II relevant to each problem. The subjects of this study were 20 women admitted to a hospital located in a county in the Zona da Mata of Minas Gerais that were experiencing the immediate postpartum period. Data collection took place through the puerperal visit and the instrument used was a systematic form with closed questions. After analyzing the data obtained, 11 most frequent problems were selected, and then 10 nursing diagnoses were developed. After surveying the problems and the development of nursing diagnoses, they were divided in two groups; "real diagnosis", accounted for 30% of diagnoses identified, and "risk diagnoses", which accounted for 70%. This check would thus enhance the value of using the nursing process to manage the risks related to the health of postpartum women and demonstrates how the work of nursing staff can help identify and minimize risks to the health of postpartum women. **Descriptors:** Nursing diagnosis; Postpartum period; Women's health.

#### RESUMEN

Estudio descriptivo con enfoque cuantitativo que tuvo como objetivo identificar los principales problemas y complicaciones del posparto inmediato y elaborar diagnósticos de enfermería, siguiendo la taxonomía II de la NANDA relevante para cada problema. Los sujetos de este estudio fueron 20 mujeres internadas en un hospital localizado en una ciudad en la Zona da Mata de Minas Gerais que se encontraban en el período de posparto inmediato. La colección de datos se realizó por consulta puerperal y el instrumento utilizado fue un formulario sistematizado compuesto por preguntas cerradas. Después del análisis de los datos obtenidos, fueron seleccionados los 11 problemas más frecuentes, siendo, en seguida, elaborados 10 diagnósticos de enfermería. Tras la encuesta de los problemas y elaboración de los diagnósticos de enfermería, fue realizada la división de los mismos en dos grupos: "diagnósticos reales", representando 30% de los diagnósticos identificados, y "diagnósticos de riesgo", representando 70%. Esa verificación refuerza, por lo tanto, el valor de la utilización del proceso de enfermería en la gestión de los riesgos a la salud de las mujeres en el posparto y demuestra lo cuanto el trabajo del equipo de enfermería puede contribuir en la identificación y minimización de riesgos a la salud de la puérpera. **Descritores:** Diagnóstico de enfermería; Período de posparto; Salud de la mujer.

<sup>1</sup>Enfermeira. Pós-Graduanda em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Faculdade do Futuro (FAF). Email: renataxleamos@hotmail.com <sup>2</sup>Enfermeiro. Pós-Graduando em Gestão Pública com ênfase em PSF e Docência do Ensino Superior pela Faculdade Européia de Vitória (FAEV). Email: serginhoraposo@hotmail.com <sup>3</sup>Enfermeira. Especialista em PSF e Auditoria em Saúde pela Faculdade do Futuro (FAF). Professora da FAF, Manhuaçu, Minas Gerais. Email: elcianaenfermagem@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

Até por volta de 1940, o foco da enfermagem era centrado nas tarefas e procedimentos, não levando em conta sua construção intelectual. Dez anos mais tarde, houve uma procura por outros saberes científicos com intuito de concretizar a dimensão intelectual do trabalho da enfermagem<sup>(1)</sup>. O modelo biomédico dos hospitais foi adotado como base por ser o único validado como científico. Desse modo, surgiu um distanciamento entre os níveis de cuidado, resumindo, assim, a assistência de enfermagem como “dar o remédio na hora certa, cuidar do asseio, dar alimentação, fazer companhia e auxiliar o paciente na ocasião das necessidades e de um possível banho”, sendo sempre subsidiado pelo trabalho e pensamento médico<sup>(2)</sup>.

Na enfermagem, sempre existiu um controle informal da qualidade da assistência, representado pela preocupação das enfermeiras em seguir à risca os procedimentos executados, acreditando-se, com isto, que seriam assegurados os resultados desejados, porém, com a chegada na década de 70 de uma metodologia organizada das atividades da enfermagem, denominada Processo de Enfermagem, as enfermeiras procuraram desenvolver, concomitantemente, um sistema formal que servisse de base para a avaliação da qualidade dessas ações<sup>(3)</sup>.

Ainda na década de 70, foi inserido o Processo de Enfermagem no Brasil, por Wanda Horta, primeira teórica da enfermagem brasileira, a qual descreveu a Teoria das Necessidades Humanas Básicas como modelo a ser utilizado para sistematização do cuidado<sup>(1)</sup>. Em sua teoria, Wanda Horta considera que o Processo de Enfermagem “permite que as ações da equipe de

enfermagem se integrem de forma dinâmica, visando que a assistência realizada ao cliente atenda suas necessidades humanas básicas afetadas no processo saúde/doença”<sup>(4)</sup>.

Neste sentido, propôs-se que “a teoria funciona como um alicerce filosófico para a implantação do processo de enfermagem”<sup>(5)</sup>, podendo este propiciar a organização e direcionamento das ações, instrumento de implantação prática da sistematização e uma forma de prever os resultados do cuidado prestado.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) destacou-se na área da Enfermagem brasileira, no fim da década de 80, a partir da promulgação do decreto nº 94.406, que regulamenta a lei nº 7.498, de junho de 1986. Essa lei dispõe sobre o Exercício da Enfermagem, estabelece em seu artigo 8º, entre tantas ações, a de realizar as prescrições de enfermagem, o planejamento, organização, execução e avaliação da assistência da enfermagem como atividades privativas do enfermeiro<sup>(6)</sup>.

Atualmente, a Resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)-358/2009 considera a SAE como uma forma de organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumento, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. Considera, ainda, em seu Artigo 1º, que o Processo de Enfermagem deve ser realizado em todo ambiente público e privado em que se realizem os cuidados de enfermagem e, em seu Artigo 3º, que o Processo de Enfermagem deve ser embasado em um suporte teórico que oriente a coleta, diagnóstico e planejamento das ações de enfermagem fornecendo base para avaliação dos resultados alcançados<sup>(7)</sup>.

Inicialmente, “o processo de enfermagem era composto por três etapas: histórico, plano e evolução com base na

observação, mensuração, obtenção de dados e análise dos achados. Após anos de pesquisas, utilização e refinamento do processo de enfermagem levaram os enfermeiros a expandi-lo para cinco fases<sup>(8)</sup>. Essa divisão (investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação) é vista como didática, porém, as etapas não ocorrem de forma linear, sendo elas inter-relacionadas e interdependentes<sup>(9)</sup>.

Introduzido em 1953 por Vera Fry, o termo diagnóstico de enfermagem foi descrito como um passo necessário para o desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem<sup>(10)</sup>. Com intuito de sistematizar o emprego desse conceito e sua classificação no cenário global, enfermeiras norte-americanas constituíram o Grupo Norte Americano para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem. Em 1982, esse grupo transformou-se oficialmente em North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), passando a desenvolver, aperfeiçoar e promover a taxonomia desses diagnósticos para uso geral dos enfermeiros<sup>(11)</sup>.

O diagnóstico de enfermagem compreende a segunda etapa da SAE. Segundo NANDA<sup>(12)</sup>, “diagnósticos de enfermagem precisos e validados, orientam a seleção de intervenções capazes de produzir os efeitos desejados do tratamento e determinados resultados de enfermagem”. Os diagnósticos são fundamentais para o futuro da assistência e para o atendimento mais eficiente às necessidades apresentadas pelos pacientes.

Nesse sentido, surgiu o interesse em realizar esta pesquisa, pois se acredita que a elaboração dos diagnósticos de enfermagem a partir dos problemas identificados durante a consulta de enfermagem pode auxiliar o enfermeiro na escolha da melhor conduta terapêutica a ser empregada.

Ao denominar e classificar os diagnósticos e as intervenções de

enfermagem, a equipe poderá determinar a eficácia e o custo-benefício de cada terapia empregada, uma vez que, com a utilização de esquemas de classificação, os resultados alcançados em cada procedimento de enfermagem poderão ser estudados e demonstrados matematicamente, reafirmando o quanto do cuidado que um enfermeiro presta faz diferença no atendimento à saúde da população<sup>(13)</sup>.

Como o puerpério é um evento psicobiológico natural em que podem ocorrer alterações fisiopatológicas, devido a vários fatores, essas implicações no cotidiano da puérpera são consideradas de grande utilidade para nortear e melhorar a qualidade da assistência nesse período, visto que a mulher-puérpera experimenta transtornos tanto de ordem física quanto de ordem emocional; e de que o sofrimento físico pode ser exacerbado pela ansiedade e medo do desconhecido.

Espera-se, então, que a aplicação da SAE em âmbito hospitalar, de modo especial no período puerperal imediato, possa favorecer a qualidade da assistência prestada não só nos primeiros dias do pós-parto mas também nos demais períodos puerperais.

O Puerpério é definido como o ciclo de alterações fisiológicas que se iniciam após a dequitação da placenta, no qual os órgãos e sistemas envolvidos direta ou indiretamente na gravidez e no parto sofrem um processo regenerativo na tentativa de retornar às condições pré-gravídicas. Esse período, também chamado de pós-parto, sobreparto, dieta ou resguardo pode ser classificado em três tempos<sup>(14)</sup>.

Conforme a divisão realizada por Vokaer, o período puerperal pode ser classificado em:

- Imediato: inicia-se após a dequitação da placenta e se estende até o 10° dia;
- tardio: do 11° dia ao 45° dia;

- remoto: do 46° dia até a recuperação das alterações imprimidas pela gestação<sup>(15)</sup>.

Outros autores designam o puerpério de outra forma: puerpério imediato (com início após a dequitação da placenta, estendendo-se até duas horas), mediato (com início após duas horas do parto, com término no 10° dia) seguido pelo tardio e remoto<sup>(16)</sup>.

O período do início puerperal é bem definido, sendo unânime entre todos os autores, porém, quanto ao seu término, não há uma concordância. Há aqueles que consideram que o puerpério “termina quando a fisiologia materna volta ao estado anterior, aproximadamente seis semanas depois”<sup>(17)</sup>. Outros afirmam que “o ciclo puerperal não é preciso, podendo variar de quatro a seis semanas até um ano ou um ano e meio, englobando aí o período de lactação”<sup>(18)</sup>, ou que esse ciclo é “cronologicamente variável e de âmbito impreciso”, deixando sequelas definitivas<sup>(15)</sup>.

Nas consultas de enfermagem puerperais, deve-se procurar detectar e tratar as complicações características do puerpério, fazer o controle das patologias manifestadas durante a gestação, realizar exame clínico-ginecológico, inscrever as mulheres com risco reprodutivo no planejamento familiar, averiguar se a amamentação ocorre normalmente e incentivar a sua continuidade fornecendo orientações. Nas UBS, a primeira consulta deve ser realizada entre 7 e 10 dias e a segunda entre 30 e 40 dias<sup>(19)</sup>.

Sabe-se, portanto, que cada período do puerpério é diferente, merecendo uma atenção de acordo com suas peculiaridades, sob um olhar crítico em relação a cada situação da cliente. Dessa forma, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem poderão aparecer de maneiras diferentes em relação a cada período do puerpério, porém, podem ser similares ou iguais em relação às puérperas que estejam no mesmo ciclo,

demonstrando, assim, a importância da SAE durante esse período, tendo um raciocínio clínico para cada tempo. Além disso, condutas adequadas durante o puerpério imediato, refletirão por todos os períodos puerperais subsequentes.

A partir dessa perspectiva, a implementação do Processo de Enfermagem durante o puerpério requer do profissional de enfermagem uma atenção especial, tendo em vista que essas manifestações são apresentadas pela cliente quando ocorrem alterações fisiológicas e psicossociais consideráveis. Visando a aplicabilidade do cuidar e compreendendo que o Processo de Enfermagem como um instrumento ou modelo metodológico que favorece a organização e as condições necessárias para realização do cuidado, este estudo objetiva identificar os principais problemas e complicações do puerpério imediato e elaborar diagnósticos de enfermagem, seguindo a Taxonomia II da NANDA-I, pertinente a cada problema.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em um hospital de grande porte, beneficente, sem fins lucrativos, situado em um município da Zona da Mata mineira. O hospital foi escolhido por ser referência microrregional e por realizar aproximadamente 200 partos/mês, apresentando grande rotatividade no setor de obstetrícia<sup>(20)</sup>. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) fornecidos pelo Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a instituição apresenta um total de 171 leitos; desses, 145 são oferecidos ao SUS, sendo 27 reservados ao setor de obstetrícia do hospital<sup>(21)</sup>.

Os sujeitos deste estudo foram 20 (vinte) mulheres no período puerperal imediato, considerando aquelas que se

enquadraram do primeiro ao décimo dia de pós-parto, segundo a divisão realizada por Vokaer<sup>(15)</sup>, com idade superior a 18 anos e que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa. As mesmas foram selecionadas levando-se em consideração o critério de exclusão.

O critério de exclusão adotado para essa pesquisa foram todas as adolescentes, ou seja, menores de 18 anos de idade. De acordo com o artigo 2º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), são considerados adolescentes todos os indivíduos na faixa etária dos 12 aos 18 anos de idade.

A coleta dos dados para a presente pesquisa se deu mediante consulta puerperal realizada com mulheres internadas no hospital, independente do seu local de residência, que estavam vivenciando o período imediato do puerpério. O instrumento utilizado para coleta de dados durante a consulta foi um formulário sistematizado composto por questões fechadas criado a partir da “Teoria das Necessidades Humanas Básicas”<sup>(4)</sup> e também por levantamento bibliográfico realizado a respeito do retorno das condições pré-gravídicas. A revisão de literatura proporcionou, ainda, melhor entendimento sobre o funcionamento normal do processo regenerativo do corpo materno e maior percepção para identificar os problemas e fatores de risco aos quais as puérperas estavam susceptíveis durante a coleta dos dados.

Os formulários foram preenchidos pelos pesquisadores do presente estudo, que direcionou a consulta puerperal. Após cada consulta, foram levantados os diagnósticos de enfermagem e os registros das condutas adequadas a cada puérpera, por meio dos problemas e possíveis complicações identificadas durante a consulta puerperal.

Destacamos, ainda, que não foram utilizados prontuários e/ou cartão de pré-natal para obtenção de dados. As consultas puerperais foram previamente agendadas junto ao serviço de enfermagem da instituição, sendo realizada durante o mês de agosto de 2011, três vezes por semana, em dias intercalados a partir da data da aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade do Futuro, sob o número de protocolo 0009/2011.

As puérperas convidadas para a pesquisa participaram mediante consentimento para tal, formalizado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo o que recomenda a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo às puérperas, a ponderação entre riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, assegurando a justiça, equidade e que danos previsíveis sejam evitados, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

Para análise dos resultados, foram utilizadas frequências simples e percentuais. Os dados registrados passaram por uma análise crítica e foram classificados, codificados e tabulados com finalidade de identificar quais os problemas e diagnósticos foram mais frequentes seguindo a Taxonomia II da NANDA.

O critério para inclusão dos problemas apresentados pelas puérperas na presente pesquisa foram aqueles encontrados em cinco ou mais mulheres, ou seja, os observados em no mínimo 25% da amostra total (20 puérperas).

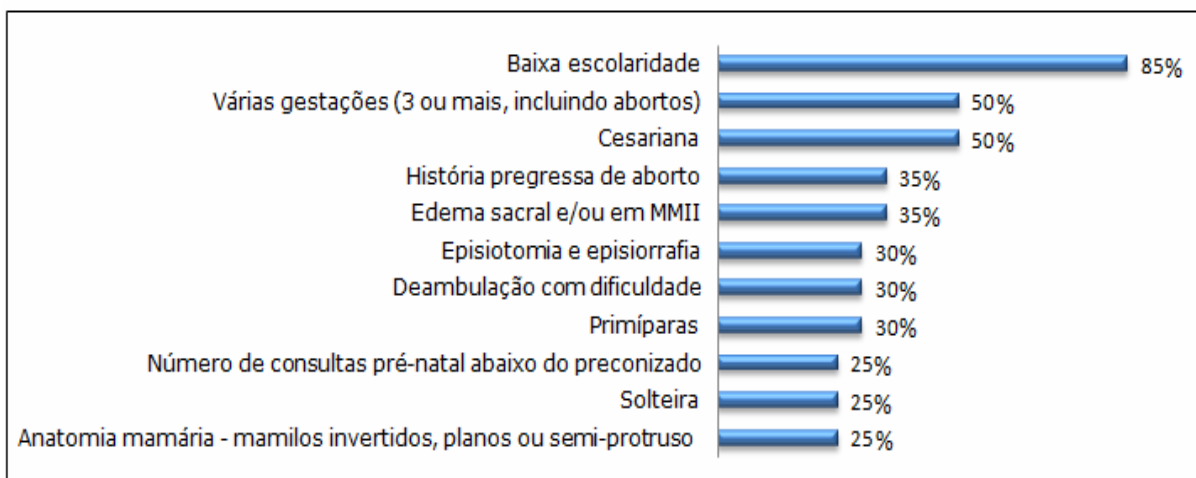
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 20 puérperas, que apresentaram idade entre 19 e 40 anos,

dentre elas, 50% brancas, 35% pardas e 15% negras. Dessas, 75% apresentavam união estável com seu parceiro e 25% eram solteiras. A escolaridade predominante foi o ensino fundamental, 85%; seguida pelo ensino médio, 15%; não sendo verificada a existência de puérperas analfabetas ou que haviam cursado o nível superior.

Residiam no município ao qual pertence o hospital pesquisado 40% das puérperas entrevistadas. Sendo assim, o número de mulheres provenientes de outros municípios representou mais da metade do atendimento na instituição, comprovando a importância do hospital como referência microrregional na assistência a essas mulheres.

Figura 1 - Principais problemas de enfermagem identificados durante as consultas puerperais realizadas no hospital pesquisado. 2011.



Fórmula utilizada:  $N^{\circ}$  de puérperas que apresentaram o problema  $\times 100$  / número de puérperas totais (20).

Consideraram-se como de baixa escolaridade todas as puérperas que apresentaram ensino fundamental completo ou incompleto, 85%. Todas aquelas que tiveram três ou mais gestações incluindo abortos, foram inseridas no item “várias gestações”, 50%. Partindo do princípio que o período puerperal consiste em uma tentativa de retorno às condições pré-gravídicas e que o mesmo deixa modificações corporais definitivas, é possível afirmar que o grande número de gestações implica em sequelas permanentes que influenciam diretamente na autoestima da mesma pela percepção

Quanto à ocupação, 45% eram “do lar”, 30% trabalhadoras rurais e outras 25% exerciam atividades laborais formais.

Durante a análise de dados, foram identificados 42 problemas de enfermagem, dentre os quais foram escolhidos aqueles que apareceram em cinco ou mais puérperas, conforme critério de inclusão descrito na análise dos dados, sendo os mais frequentes, portanto, os mais comuns. Obteve-se, então, o total de 11 problemas diferentes, conforme demonstrado no gráfico abaixo, que representa a frequência percentual dos principais problemas identificados.

distorcida do corpo ou pela diminuição de interesse e procura por parte do parceiro<sup>(14)</sup>.

Quanto ao tipo de parto, prevaleceu a cesária representada por 50% dos nascimentos, 45% partos vaginais e um aborto espontâneo. Conforme últimos dados fornecidos pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) no DATASUS no decorrer do ano de 2009, foi realizado um total de 2.579 partos no hospital pesquisado, sendo que, desses, 44% foram partos vaginais e 56% cesarianas, excluindo-se os abortos<sup>(22)</sup>. Observa-se que a porcentagem de cesarianas, ao ser comparada com a porcentagem do

referido ano, segue a mesma linha, ou seja, quando comparada por um período de tempo maior, o percentual de cesarianas é superior ao número de partos vaginais.

Das 20 mulheres entrevistadas, 35% apresentavam história pregressa de aborto; percentual igual é visto naquelas que apresentaram edema sacral e/ou em membros inferiores (MMII). Episiotomia/episiotomia e deambulação com dificuldade foram identificadas em 30% dos casos.

Com relação ao número de filhos vivos, 6 mulheres eram primíparas (30%) e as demais apresentaram 2 (35%), 3 (15%), 5 (10%), 7 (5%) e 10 (5%) filhos vivos, respectivamente. A maioria das mulheres entrevistadas tinha de 1 a 2 filhos, confirmando as semelhanças desse grupo com as tendências da população brasileira em geral. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), “a taxa de fecundidade média das brasileiras em 2009 foi de dois filhos em média por mulher (1,94)”<sup>(23)</sup>.

Outro item importante avaliado foi o número de consultas pré-natal, em que se constatou que 65% realizaram seis ou mais consultas, 25% 5 ou menos consultas e 10% não souberam responder. Avalia-se como um problema de enfermagem as mulheres que apresentaram o número inferior a 6 consultas, pois, conforme estabelecido pelo PHPN,

durante o ciclo gravídico, a mulher deve realizar no mínimo o total de 6 consultas pré-natais, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três consultas no último trimestre. A consulta de pré-natal visa manter a integridade da saúde materna e fetal, sendo necessário ainda que seja iniciada o mais precocemente possível, de preferência antes do 4º mês de gestação, a fim de identificar e prevenir intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas que possam agravar o estado de saúde da gestante e/ou feto<sup>(24)</sup>.

Das 20 mulheres entrevistadas, 90% realizaram as consultas de pré-natal em ESF/SUS e apenas 10% delas foram atendidas em consultórios particulares, comprovando matematicamente a grande abrangência e importância do trabalho realizado pelas ESF na promoção e prevenção da saúde durante o período gravídico-puerperal. Quanto ao estado civil, 25% encontravam-se solteiras e 75% em união estável com seu parceiro. Com relação à anatomia mamária das puérperas estudadas, três apresentavam mamilos semi-protusos e duas mamilos planos, perfazendo um total de 25% de mulheres que apresentaram características mamárias que favoreciam a pega incorreta e, conseqüentemente, dificuldades do recém-nascido durante amamentação.

Tabela 1 - Diagnósticos de enfermagem identificados durante as consultas puerperais realizadas no hospital pesquisado. 2011.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	N	%
1- Risco de maternidade prejudicada	17	85
2- Risco de infecção	16	80
3- Integridade da pele prejudicada.	16	80
4- Risco de baixa autoestima situacional	10	50
5- Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional	10	50
6- Volume de líquido excessivo	7	35
7- Risco de sofrimento espiritual	7	35
8- Risco de tensão do papel de cuidador	6	30
9- Deambulação prejudicada	6	30
10- Risco de amamentação ineficaz	5	25

N= quantidade de puérperas que apresentaram o diagnóstico em um total de 20 (N\*100/20).

A Tabela 1 registra em ordem percentual decrescente todos os diagnósticos levantados após a análise dos dados e identificação dos problemas nas 20 puérperas entrevistadas. Observa-se que o diagnóstico **risco de maternidade prejudicada** foi o mais frequente, sendo elaborado para 17 mulheres (85%).

**Risco de infecção relacionado a defesas primárias inadequadas (pele rompida), procedimentos invasivos e integridade da pele prejudicada relacionada a fatores mecânicos, caracterizada por invasão de estruturas do corpo e rompimento da superfície da pele** foram ambos elaborados para 16 puérperas (80%), pois estas haviam realizado partos cesáreos ou episiotomia/episiotomia.

Destaca-se que um dos principais riscos no puerpério são as infecções puerperais, que são caracterizadas por qualquer infecção originada no aparelho genital após o parto, principalmente nos primeiros 10 dias pós-parto. Os fatores predisponentes mais conhecidos são falta de assepsia na técnica ou no instrumental utilizado, foco infeccioso preexistente, promiscuidade sexual, prolongamento do trabalho de parto e restos placentários<sup>(25)</sup>.

**Risco de baixa autoestima situacional relacionado a distúrbio da imagem corporal (transformações impostas pela gestação)** foi identificado em 10 puérperas (50%), que haviam tido 3 ou mais filhos, visto que, ao final da gravidez, o corpo da mulher tende a retornar às suas condições pré-gravídicas, porém, muitas dessas transformações são irreversíveis, podendo levar a uma queda da autoestima da mulher.

O diagnóstico **risco de motilidade gastrointestinal disfuncional relacionado à cirurgia abdominal (cesariana)** foi identificado em 10 puérperas entrevistadas, correspondendo a 50% do total. Os demais diagnósticos de enfermagem identificados dentre as 20 mulheres entrevistadas foram, respectivamente: **volume de líquido excessivo relacionado a mecanismos reguladores comprometidos, caracterizado por edema**, 35%; **risco de sofrimento espiritual relacionado à perda**, 35%; **risco de tensão do papel do cuidador relacionado à inexperiência do oferecimento de cuidado**, 30%; **deambulação prejudicada relacionada à dor, caracterizado por capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias**, 30% e **risco de amamentação ineficaz**, 25%.

É importante salientar que o diagnóstico **risco de amamentação ineficaz** não foi encontrado na Taxonomia II dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, sendo encontrado apenas o diagnóstico real “amamentação ineficaz”; porém, como não foram evidenciadas experiências reais de amamentação em que não se havia obtido sucesso, até mesmo pelo tempo de coleta de dados, sugere-se a inserção do diagnóstico “**risco de amamentação ineficaz**”<sup>(26)</sup> na Taxonomia II dos DE da NANDA-I, uma vez que, durante a realização do estudo, foram evidenciadas apenas situações de riscos (anatomia mamária que favorecia a pega incorreta) que poderiam futuramente levar a uma amamentação ineficaz.



Tabela 2 - Fatores relacionados ao diagnóstico risco de maternidade prejudicada, em mulheres internadas no hospital pesquisado. 2011.

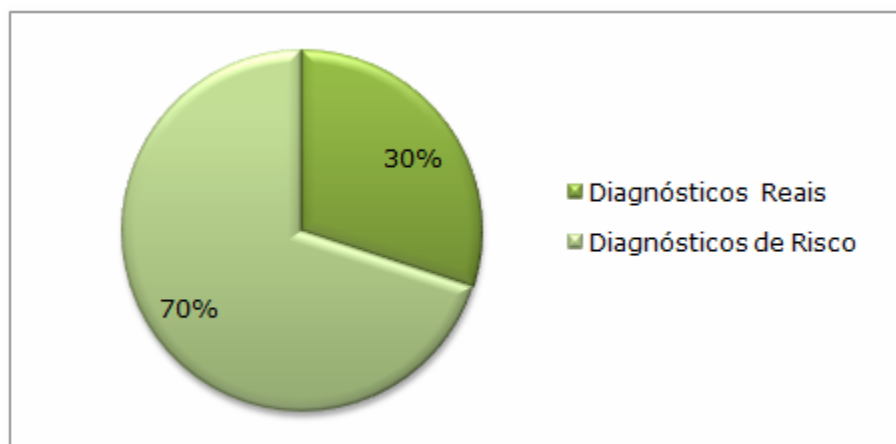
FATORES RELACIONADOS	N	%
Baixo nível educacional	17	100
Grande número de gestações	10	59
Cuidados pré-natal tardio	5	29
Mãe solteira	5	29

N= quantidade de puérperas que apresentaram o fator de risco em um total de 17 (N\*100/17).

Ressalta-se que foram levantados diferentes fatores de riscos para o diagnóstico mais frequente, **risco de maternidade prejudicada**; sendo que, das 17 puérperas que apresentavam esse diagnóstico, 100% tinham

como fator de risco *baixo nível educacional*, 59% *grande número de gestações*, 29% realizaram *cuidados pré-natal tardio* e eram *mães solteiras*.

Figura 2 - Divisão diagnóstica, em diagnósticos reais e diagnósticos de risco.



Fórmula utilizada:  $\text{Diagnósticos reais (n=3)} \times 100 / \text{Total de diagnósticos diferentes identificados (n=10)}$

Conforme a Figura 2, após o levantamento dos problemas e elaboração dos diagnósticos de enfermagem, também foi realizada a divisão dos mesmos em dois grupos. “Diagnósticos reais” (todos aqueles que indicam problemas de ordem imediata) representaram 30% dos diagnósticos identificados, sendo eles: integridade da pele prejudicada, deambulação prejudicada e volume de líquido excessivo. Os “diagnósticos de risco” representaram 70% e são aqueles formulados para os problemas de ordem futura, que podem ou não ocorrer. Dentro deste grupo, se enquadraram: risco de maternidade prejudicada, risco de infecção, risco de baixa autoestima situacional, risco de

motilidade gastrointestinal disfuncional, risco de sofrimento espiritual, risco de tensão do papel de cuidador e risco de amamentação ineficaz.

Essa verificação reforça, portanto, o valor da utilização do processo de enfermagem na gestão dos riscos relacionados à saúde da puérpera, visto que, com a implementação do processo de enfermagem, foi possível a constatação de que a maioria dos diagnósticos levantados foram “de risco”, demonstrando, assim, ser de suma importância a realização de ações voltadas para a prevenção e promoção à saúde das puérperas, a fim de evitar que esses fatores de risco se transformem em problemas reais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise detalhada dos dados coletados e com base nos objetivos propostos, o presente estudo possibilitou o levantamento de 42 problemas de enfermagem relacionados ao puerpério imediato. Dentre eles, 11 foram selecionados por serem os mais frequentes, estando presentes em 5 ou mais puérperas, sendo, em seguida, elaborados 10 diagnósticos de enfermagem. Sendo assim, na elaboração deste estudo, foram realizadas as duas primeiras fases do processo de enfermagem: investigação e elaboração dos diagnósticos de enfermagem.

Frente aos diagnósticos levantados, percebeu-se que a maioria deles foi “de risco”, ou seja, evitáveis, evidenciando, assim, a importância da realização de ações voltadas para a promoção e prevenção à saúde das mulheres atendidas durante o ciclo puerperal, reforçando a importância da atuação dos enfermeiros como educadores em saúde a fim de prevenir as complicações puerperais.

Os resultados desta pesquisa demonstram ainda a importância da consulta de enfermagem realizada em âmbito hospitalar para prevenção de danos à saúde da puérpera, pois, já nos primeiros dias de puerpério, foi possível a identificação de um número considerável de problemas aos quais essas mulheres estão sujeitas. Espera-se, portanto, alcançar uma maior resolutividade e eficácia da assistência prestada, refletindo nas consultas puerperais realizadas posteriormente pela ESF, formando, desta forma, uma rede de cuidados integrados entre atenção básica, atenção hospitalar e cliente, permitindo que, antes mesmo da alta, sejam fornecidos e reforçados os devidos cuidados e orientações à puérpera.

Para isso, considera-se de extrema importância a existência de equipes de enfermagem embasadas nos conhecimentos técnico-científicos que compreendam a importância da SAE em seu processo de trabalho com o intuito de direcionar as intervenções de enfermagem, tornando-as mais coerentes com as características da população atendida no período puerperal.

Conclui-se, enfim, que os objetivos desta pesquisa foram plenamente alcançados e com o firme anseio de que a pesquisa realizada sirva como elemento norteador, pensa-se que tais resultados possam servir para futuras reflexões, o que contribui para a construção de um programa assistencial mais completo e adequado, prevenindo posteriores agravos nessa fase; sendo importante a divulgação dos resultados deste estudo, a fim de demonstrar o quanto o trabalho do enfermeiro, juntamente com toda a equipe de enfermagem, pode vir a colaborar na identificação e minimização de riscos à saúde da puérpera.

## REFERÊNCIAS

- 1- Souza ACC, Filha MJMM, Silva LF, Monteiro ARM, Fialho AVM. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. Rev. bras. enferm. 2006;59(6):805-807.
- 2- Andrade AC. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. Rev. bras. enferm. 2007;60(16):96-98.
- 3- Adami NP. A Melhoria da Qualidade nos Serviços de Enfermagem. Acta paul. enferm. 2000;13(spe):190-196.
- 4- Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1979.
- 5- Santana JSS, Carvalho RC. Sistematização da Assistência de Enfermagem em creche: Reflexões de uma prática. Nursing (São Paulo) 2000;3(24):24-29.

- 6- Santos EF, Santos EB, Santana GO, Assis MF, Meneses RO. Legislação em Enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo (SP): Atheneu; 2002.
- 7- Resolução n. 358 de 15 de outubro de 2009 (COFEN). 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 da outras providências. [citado 28 maio de 2011]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/nod e/4384>.
- 8- Doenges ME, Moorhose MF, Geissler AC. Planos de cuidado de enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2003.
- 9- Araújo LAO, Santana RF, Bachion MM. Mobilidade Física prejudicada em idosos: fatores relacionados e características definidoras. Rev. bras. enferm. 2002;55(1):19-25.
- 10- Caixeta AMS. Revisão Bibliográfica: Diagnóstico de Enfermagem. Anuário da Produção Acadêmica Docente. [internet]. 2007 [acesso em 30 mai 2011];1(1):279-284. Disponível em <http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/ anudo/article/view/771>.
- 11- Bachion MM, Robazzi MLCC, Carvalho EC, Veiga EV. Clientela com alterações cardíacas: perfil diagnóstico elaborado por alunos de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem 1995;2(3):83-92.
- 12- North American Diagnosis Association. Diagnosticos de enfermagem da NANDA: definicoes e classificacao: 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
- 13- Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para a prática assistencial. São Paulo (SP): Roca; 2002.
- 14- Gerk MAS. Assistência de Enfermagem à Puérpera. In: Barros SMO. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. São Paulo: Manole; 2006.
- 15- Rezende J. Obstetrícia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.
- 16- Mello AR, Neme B. Puerpério: fisiologia e assistência. In: Barros SMO. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. São Paulo: Manole; 2006.
- 17- Ziegel EE, Cranley MS. Enfermagem Obstétrica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1985.
- 18- Pinelli FGS, Abrão ACFV. Consulta de enfermagem em puerpério: opinião de familiares. Acta paul. enferm. 1998;11(2):20-26.
- 19- Secretaria de Estado de Saúde (MG). Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. Belo Horizonte (MG): SAS/SES; 2006.
- 20- Portal Caparaó. Entrevista: Provedor do Hospital César Leite fala sobre projetos. Portal Caparaó 30 nov 2010. [Acessado em 28 de mai de 2011]. Disponível em: <http://www.portalcaparao.com.br/lernoticia/ 6556/entrevista-provedor-do-hospital-cesar-leite-fala-sobre-projetos>.
- 21- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). [internet]. Brasil: Ministério da Saúde (BR). [acesso em 27 abr 2011]. Disponível em [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Hospitalar.asp?VCo\\_Unidade=3139402173166](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=3139402173166).
- 22- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). [internet]. Brasil: Ministério da Saúde (BR). [acesso em 11 out 2011]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvmg.def>.
- 23- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Síntese de Indicadores Sociais 2010: Mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e têm menos filhos. [acesso em 07

out. 2011]. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1717&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1).

24- Ministério da Saúde (BR). Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

25- Silva JC. Manual Obstétrico: Guia Prático para a Enfermagem. São Paulo (SP): Corpus; 2009.

26- Vieira CS. Risco para amamentação ineficaz: um diagnóstico de enfermagem. Rev. bras. enferm. 2004;57(6):712-714.

**NOTA:** Artigo extraído do trabalho de conclusão do curso de graduação em enfermagem “Sistematização da assistência de enfermagem durante o ciclo puerperal imediato: estudo realizado em um hospital filantrópico da zona da mata mineira” apresentado à Faculdade do Futuro, Manhuaçu, Minas Gerais, Brasil.

**Recebido em: 04/05/12**

**Versão final em: 01/06/12**

**Aprovação em: 10/06/12**

**Endereço de correspondência**

Renata Xavier de Lemos

Rua Felício Rossi Ponce, nº 486, Divinéia, Manhumirim/MG-Brasil. CEP: 36970-000.

Email: [renataxlemons@hotmail.com](mailto:renataxlemons@hotmail.com)