

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

FLAVIANA VIEIRA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM PUÉRPERAS NO  
PERÍODO IMEDIATO E TARDIO NO CONTEXTO DA COMUNIDADE**

GOIÂNIA  
2008

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo à Universidade Federal de Goiás – UFG a disponibilizar gratuitamente através da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – BDTD/UFG, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico:       Dissertação       Tese

**2. Identificação da Tese ou Dissertação**

Autor(a):	Flaviana Vieira				
RG:		CPF:		E-mail:	flavianamori@gmail.com
Afiliação:	Santa Mori Vieira e Maurílio Alves Vieira				
Título:	Diagnósticos de enfermagem identificados em puérperas no período imediato e tardio no contexto da comunidade				
Palavras-chave:	diagnóstico de enfermagem, período pós-parto, enfermagem				
Título em outra língua:	Nursing Diagnosis identified in puerperium at the immediate and late period at the community context.				
Palavras-chave em outra língua:	Nursing diagnosis, postpartum, nursing				
Área de concentração:	Cuidado em enfermagem				
Número de páginas:	203	Data defesa:	16.07.2008		
Programa de Pós-Graduação:	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado				
Orientador(a):	Maria Márcia Bachion				
CPF:		E-mail:	mbachion@fen.ufg.br		
Co-orientador(a):	Ana Karina Marques Salge				
CPF:		E-mail:	anakarina@fen.ufg.br		
Agência de fomento:	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico			Sigla:	CNPq
País:	Brasil	UF:	BR	CNPJ:	00889834/0001-08

**3. Informações de acesso ao documento:**

Liberação para publicação?<sup>1</sup>       total       parcial

Em caso de publicação parcial, assinale as permissões:

Capítulos. Especifique: \_\_\_\_\_

Outras restrições: \_\_\_\_\_

Havendo concordância com a publicação eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF desbloqueado da tese ou dissertação, o qual será bloqueado antes de ser inserido na Biblioteca Digital.

O Sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos conteúdo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua publicação serão bloqueados através dos procedimentos de segurança (criptografia e para não permitir cópia e extração de conteúdo) usando o padrão do Acrobat Writer.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do(a) autor(a)

<sup>1</sup> Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo e metadados ficarão sempre disponibilizados.

FLAVIANA VIEIRA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM PUÉRPERAS NO  
PERÍODO IMEDIATO E TARDIO NO CONTEXTO DA COMUNIDADE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Márcia Bachion

**Co-orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Karina Marques Salge

GOIÂNIA

2008

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Baseado no Guia para Apresentação de Trabalhos Acadêmicos da  
Universidade Federal de Goiás

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(GPT/BC/UFG)

Vieira, Flaviana.

A553d Diagnósticos de enfermagem identificados em puérperas no período imediato e tardio no contexto da comunidade [manuscrito] / Flaviana Vieira – 2008.  
203f : il., figs., tabs.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Márcia Bachion: Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Karina Marques Salge.**

**Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2008.**

Bibliografia: f. 131-142.

**Inclui listas de ilustrações, abreviaturas e siglas e de tabelas.**

**Anexo e apêndices.**

1. Pós-parto 2. Diagnóstico de enfermagem 3. Enfermagem obstétrica 4. Enfermagem domiciliar. I. Bachion, Maria Márcia II. Salge, Ana Karina Marques. III. Universidade Federal de Goiás. **Faculdade de Enfermagem.** IV. Título.

CDU: 618.6:616-083

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

FLAVIANA VIEIRA

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM PUÉRPERAS NO PERÍODO IMEDIATO E TARDIO NO CONTEXTO DA COMUNIDADE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 16/07/2008

#### **BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Márcia Bachion Assinatura: \_\_\_\_\_

Instituição: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Maria de Almeida Assinatura: \_\_\_\_\_

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Maria de Souza Assinatura: \_\_\_\_\_

Instituição: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Telma Ribeiro Garcia Assinatura: \_\_\_\_\_

Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adélia Yaeko Kyosen Nakatani Assinatura: \_\_\_\_\_

Instituição: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Maurílio e Santa, pelo amor incondicional e ensinamento de vida, aos meus irmãos, cunhadas, sobrinhos sempre presentes nesta caminhada e ao meu futuro filho por esperar a realização deste primeiro sonho. Com carinho dedico a vocês esta vitória!*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço a Deus por ter pessoas que se fazem especiais na minha vida e que, direta ou indiretamente contribuíram para esta conquista, não é ao acaso que cruzaram meu caminho, sou feliz por tê-las ao meu lado.*

*Em especial a professora Maria Márcia Bachion, que com grandiosidade realiza a arte de ensinar, a convivência fez aumentar a admiração que tenho por você, obrigada pelo privilégio de tê-la como orientadora.*

*A professora Ana Karina, mais que sábia co-orientadora, uma amiga, que sempre me proporcionou apoio e incentivo.*

*A todos os professores, da graduação e do mestrado e, funcionários da Faculdade de Enfermagem pelos ensinamentos, carinho e respeito desde a minha chegada a Goiânia.*

*Aos professores Nilza, Ana Clara, Sheila, Janaína, Márcia Maria de Souza, Cláudio Leles, Adélia Yaeko Kyosen Nakatani e Ana Maria de Almeida pelas avaliações tão competentes e cuidadosas na construção do trabalho.*

*A todas as equipes de Saúde da Família da regional leste que colaboraram na identificação das puérperas, em especial os agentes comunitários de saúde que me acompanharam nas visitas domiciliares.*

*A todas as puérperas que me receberam em suas casas ao aceitarem participar desta pesquisa.*

*A turma de mestrado 2007, obrigada pela amizade, alegria e bom humor proporcionado, vocês são formidáveis.*

*Aos meus amigos pela compreensão da minha ausência e das minhas inquietações.*

*A amiga Cristiane M. Reichert obrigada pelo conforto e ombro amigo.*

*A amiga Agueda, obrigada pelas palavras, pelos conselhos pessoais e profissionais, pelos risos e por ter acolhido minhas lágrimas nos momentos difíceis.*

*A minha amada família, Maurílio, Santa, Sebastião, Elizabete, Eduardo, Livia, Flávio, Gilcileni e Flávia, a distância que nos separa é somente física, obrigada por vocês serem o meu maior tesouro.*

*A família Vely Mendonça pela atenção, carinho e cuidado.*

*A Deus e a Nossa Senhora pela proteção e pelas bênçãos recebidas não somente nesta conquista mas em toda minha vida.*

*Agradeço o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para a realização desta pesquisa.*

## EPÍGRAFE



*“Uma nova vida, para renovar as esperanças, para participar do eterno ciclo das inexplicáveis dores e alegrias humanas...”*

**(autor desconhecido)**

## RESUMO

Vieira F. Diagnósticos de enfermagem identificados em puérperas no período imediato e tardio no contexto da comunidade [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2008. 203 p.

O puerpério ocorre concomitante ao efetivo exercício da maternidade, no qual a mulher experimenta profundas modificações, tanto no âmbito biológico quanto no psicológico e sócio-cultural. A assistência planejada, com o levantamento dos dados, identificação das respostas humanas a problemas ou eventos do ciclo de vida de forma individualizada, considerando o contexto em que esta mulher está inserida é fundamental na fase do pós-parto. Estudos com foco nos diagnósticos de enfermagem (DE) identificados no puerpério têm sido realizados eminentemente no contexto hospitalar. Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar a ocorrência de 26 diagnósticos de enfermagem de interesse no puerpério imediato e tardio, no contexto da comunidade. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado entre fevereiro a maio de 2008. Para a coleta de dados elaborou-se o instrumento a partir das características definidoras e fatores relacionados/fatores de risco dos diagnósticos de interesse, da Taxonomia II da NANDA, versão 2007-2008. A coleta de dados incluiu procedimentos de entrevista, exame físico e observação. Um pesquisador realizou o trabalho de campo, preencheu o roteiro de coleta e assinalou a inferência diagnóstica. Dois peritos revisaram o material, para análise de evidências acerca da presença dos diagnósticos assinalados. Na análise foram adotados procedimentos de estatística descritiva e inferencial (Mann-Whitney, qui-quadrado e seus variantes,  $p \leq 0,05$ ). Utilizou-se ainda análise segmentar, considerando a tipologia de diagnósticos apresentada. Participaram da amostra 40 puérperas no período imediato e tardio, pertencentes a área de cobertura da equipe de saúde da família da região leste, após ter sido lido e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. As características sócio-demográficas das participantes foram: faixa etária predominante entre 21 a 25 anos (37,5%); cor parda autorreferida (65%); estado civil casada ou com parceiro estável (82,5%); ensino fundamental incompleto (47,5%); 60% com moradia própria; a renda familiar foi, predominantemente, de 1 a 2 (32,5%) ou 3 a 4 (42,5%) salários mínimos; renda familiar a cargo da figura masculina, já que 55% das puérperas referiram como ocupação do lar. Nesta amostra 65% tiveram parto cesário, a maioria (70%) tinha até dois filhos, 80% iniciou pré-natal no primeiro trimestre de gestação; 80% realizaram no mínimo 6 consultas; 90% tiveram filho a termo; 32,5% alegaram ter tido infecção do trato urinário durante a gestação. Foi identificada nesta amostra a ocorrência de 24 dos 26 DE estudados. Além de indícios de dois novos DE. O número dos DE variou de 08 a 16 em cada puérpera, com média de 13, totalizando 521 DE, sendo 266 diagnósticos reais, 168 de risco e 87 de bem-estar ou promoção da saúde. Na análise da relação entre os diagnósticos de enfermagem e as variáveis sócio-demográficas e obstétricas (qui-quadrado e seus variantes), foi encontrada associação significativa para os diagnósticos de amamentação interrompida e tipo de moradia ( $p=0,028$ ); *risco de amamentação interrompida* e tipo de moradia ( $p=0,028$ ); integridade tissular prejudicada e tipo de parto ( $p=0,011$ ); risco de integridade da pele prejudicada e número de consultas de pré-natal ( $p=0,020$ ); integridade da pele prejudicada e renda familiar ( $p=0,043$ )/número de consultas de pré-natal ( $p=0,032$ ); nutrição desequilibrada menos

do que as necessidades corporais e moradia ( $p=0,001$ )/cor autorreferida ( $p=0,021$ ); disposição para nutrição melhorada e cor autorreferida ( $p=0,044$ ); nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais e tipo de moradia ( $p=0,001$ ); dor aguda e renda familiar ( $p=0,032$ )/cor autorreferida ( $p=0,032$ )/dias de pós-parto ( $p=0,013$ )/tipo de parto ( $p=0,002$ ) ; risco de constipação e tipo de parto ( $p=0,017$ ); baixa autoestima situacional e renda familiar ( $p=0,022$ ). Na análise da relação entre o número de diagnósticos identificados e as variáveis de interesse, não foi encontrada diferença significativa (Mann-Whitney). Na análise de segmentos foram encontrados dois cluster, sendo que prevaleceu no primeiro segmento mais DE reais e potenciais, além dos relacionados aos aspectos psicológico e social. As características dos dois subgrupos são apresentadas descritivamente. Conclui-se que os diagnósticos inicialmente previstos foram encontrados nas puérperas no período imediato e tardio, representando mais respostas humanas do que aquelas que têm sido tradicionalmente exploradas no acompanhamento no período puerperal, sendo necessário uma revisão da abordagem de enfermagem nesta área, no âmbito do ensino, da assistência, da pesquisa e das políticas públicas.

Palavras-chaves: diagnóstico de enfermagem, período pós-parto, enfermagem.

## ABSTRACT

Vieira F. Nursing Diagnosis identified in Puerperium at the immediate and late period at the community context [dissertation]. Goiânia: Faculty of Nursing/UFG; 2008. 203 p.

The puerperium occurs concomitant to the effective exercise of maternity, in which a woman experiences profound changes, within biological and in psychological and socio-cultural. The planned assistance, with the lifting of data, identification of human responses to problems or events from the life cycle in individual aspects, considering the context in which this woman is embedded is crucial during the post-partum phase. Studies with focus on nursing diagnosis (ND) identified in the puerperium have been made eminently at the hospital's context. This survey aimed to analyze the occurrence of 26 diagnosis of nursing care in the interest of immediate and late puerperium in the context of the community. This is a descriptive study of quantitative approach, carried out between February and May 2008. For the data gathering has been prepared an instrument from the defining characteristics and related factors / risk factors of diagnosis of interest, the NANDA Taxonomy II, version 2007-2008. The data gathering has included procedures for interview, physical examination and observation. A researcher conducted the fieldwork, completed the roadmap for collection and noted the diagnosis inference. Two experts reviewed the material for analysis of evidence about the presence of diagnosis reported. In the analysis was adopted procedures of descriptive statistics and inferential (Mann-Whitney, chi-square and its variants,  $P \leq 0.05$ ). It was even used Segment analysis, considering the typology of diagnosis made. Participated in the sample 40 puerperium during immediate and late periods, belonging to the team's area of coverage of family health team in the east region, after having been read and signed the term of free and informed consent. The socio-demographic characteristics of the participants were: predominant age group between 21 to 25 years (37.5%); brown color that self (65%), marital status or married with stable partner (82.5%); incomplete primary education (47.5%), 60% with housing itself; family income was, predominantly, from 1 to 2 (32.5%) or 3 to 4 (42.5%) minimum wage; family income over the male figure, since 55% of puerperium reported as occupying housewives. In this sample 65% had caesarian childbirth, the majority (70%) had up to two children, 80% began prenatal care in the first trimester of pregnancy, 80% performed at least 6 consultations, 90% had to full-term child; 32.5% claimed to have had urinary tract infection during pregnancy. Has been identified in this sample the occurrence of 24 of the 26 ND studied. Besides evidence of two new ND. The number of ND ranged from 08 to 16 in each puerperal woman, with an average of 13, totaling 521 ND, with 266 real diagnosis, 168-risk and 87 welfare or health promotion. In examining the relationship between the diagnosis of nursing and socio-demographic variables and obstetric (chi-square and its variants) was found a significant association for the diagnosis of breastfeeding interrupted and type of housing ( $p = 0.028$ ); *risk of breastfeeding interrupted* and type of housing ( $p = 0.028$ ); impaired tissue integrity and type of delivery ( $p = 0.011$ ); risk for impaired integrity skin and number queries from prenatal ( $p = 0.020$ ); impaired integrity skin and household income ( $p = 0.043$ )/number queries from prenatal ( $p = 0.032$ ); altered nutrition: less than body requirements and housing ( $p = 0.001$ )/self that color ( $p = 0.021$ )/parity ( $p = 0.020$ ); provision for improved nutrition and that self color ( $p = 0.044$ ); altered nutrition: more than body requirements and type of housing ( $p = 0.001$ ); acute pain and family income ( $p = 0.032$ )/self that color ( $p = 0.032$ )/days of

postpartum ( $p = 0.013$ )/type of delivery ( $p = 0.002$ ); risk of constipation and type of delivery ( $p = 0.017$ ); situational low self-esteem and family income ( $p=0,022$ ). In examining the relationship between the number of diagnosis identified and the variables of interest, were not significantly different (Mann-Whitney). In the analysis of segments were found two cluster, which prevailed in the first segment more ND real and potential, than those related to psychological and social aspects. The characteristics of the two subgroups are presented descriptively. It was concluded that the diagnoses initially predicted were found in postpartum period at early and late period's, representing more human responses than those that have traditionally been exploited in monitoring the puerperal period, and is necessary to review the approach of nursing in this area under the education, assistance, research and public policies.

Keywords: nursing diagnosis, postpartum period, nursing.

## RESUMEN

Vieira F. Diagnósticos de enfermaria identificados en puérperas en el período inmediato y tardío en el contexto de la comunidad [dissertation]. Goiânia: Facultad de Enfermería /UFG; 2008. 203 p.

El puerperio ocurre concomitante al efectivo ejercicio de la maternidad, en el cual la mujer experimenta profundas modificaciones, tanto en el ámbito biológico como en el psicológico y sociocultural. La asistencia planeada, con el levantamiento de los datos, identificación de las respuestas humanas a problemas o eventos del ciclo de la vida de forma individualizada, considerando el contexto en que la mujer está inserida es fundamental en la fase del pos parto. Estudios con foco en los diagnósticos de enfermaria identificados en el puerperio han sido realizados eminentemente en el contexto hospitalero. Esta investigación tuvo como objetivo general analizar la ocurrencia de 26 diagnósticos de enfermaria de interés en el puerperio inmediato y tardío, en el contexto de la comunidad. Se trata de un estudio descriptivo de abordaje cuantitativo, realizado de Febrero a Mayo de 2008. Para la colecta de datos se elaboró el instrumento a partir de las características definidoras y factores relacionados/factores de riesgo de los diagnósticos de interés, de la Taxonomía II de la NANDA, versión 2007-2008. El instrumento incluyó procedimientos de entrevista, examen físico y observación. Un investigador realizó el trabajo de campo, relleno el guión de colecta y señaló la inferencia diagnóstica. Dos expertos revisaron el material, para análisis de evidencias acerca de la presencia de los diagnósticos señalados. En el análisis fueron adoptados procedimientos de estadística descriptiva e inferencial (Mann-Whitney, qui cuadrado y sus variantes,  $p \leq 0,05$ ). Se utilizó todavía el análisis segmentar, considerando la tipología de diagnósticos presentada. Participaron de la muestra 40 puérperas en el período inmediato y tardío, pertenecientes al área de cobertura del equipo de salud de la familia de la región este, después de haber sido leído y firmado el término de consentimiento libre y esclarecido. Las características sóciodemográficas de los participantes fueron: faja etaria predominante de 21 a 25 años (37,5%); raza parda autorreferida (65%); estado civil: casada o con pareja estable (82,5%); ensino fundamental incompleto (47,5%); con vivienda propia (60%); renda per capita de doscientos a cuatrocientos reales (45,0%); renda familiar a cargo de la figura masculina, ya que 55% de las puérperas se refirieron como amas de casa. En esta muestra 65% tuvieron parto cesariano, la mayoría (70%) tenía hasta dos hijos, 80% empezó un prenatal en el primer trimestre de embarazo; 80% realizaron mínimo 6 consultas; 90% tuvieron hijo a término; 32,5% dijeron haber tenido infección del trato urinario durante el embarazo. Fue identificada en esta muestra la ocurrencia de 24 de los 26 DE estudiados. Además de pruebas de dos posibles nuevos DE. El número de los DE varió de 08 a 16 en cada puérpera, con promedio de 13, totalizando 521 DE, siendo 266 diagnósticos reales, 168 de riesgo y 87 de bienestar o promoción de la salud. En el análisis de la relación entre los diagnósticos de enfermaria y las variables socio demográficas y obstétricas (qui cuadrado y sus variantes) fue encontrada una asociación significativa para los diagnósticos de amamantamiento interrumpido y tipo de vivienda; riesgo de amamantamiento interrumpido y tipo de vivienda; integridad tisular perjudicada y tipo de parto; riesgo de integridad de la piel perjudicada y número de consultas de prenatal; integridad de la piel perjudicada y renda familiar/número de consultas de prenatal; nutrición desequilibrada menos de que las necesidades corporales y vivienda/raza auto

referida/paridad; disposición para nutrición mejorada y raza auto referida; nutrición desequilibrada más que las necesidades corporales y tipo de vivienda; dolor agudo y renda familiar/raza auto referida/días de pos parto /tipo de parto; riesgo de constipación y tipo de parto; baja autoestima situacional y renda familiar. En el análisis de la relación entre el número de diagnósticos identificados y las variables de interés, no fue encontrada diferencia significativa (Mann-Whitney). En el análisis de segmentos fueron encontrados dos clúster, siendo que prevaleció en el primer segmento más DE reales y potenciales, además de los relacionados a los aspectos psicológico y social. Las características de los dos subgrupos son presentadas descriptivamente. Se concluye que los diagnósticos inicialmente previstos fueron encontrados en las puérperas en el período inmediato y tardío, representando más respuestas humanas de las que aquellas que han sido tradicionalmente explotadas en el acompañamiento en el período puerperal, siendo necesaria una revisión del abordaje de enfermería en esta área, en el ámbito del enseño, de la asistencia, de la investigación y de las políticas públicas.

Palavras clave: diagnóstico de enfermería, período pós parto, enfermería.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 01:** Dendrograma representativo da distribuição das puérperas no período imediato e tardio de acordo com a segmentação dos diagnósticos de enfermagem (N=40), Distrito Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008. **118**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**A** – Aborto

**ACS** – Agente comunitário de saúde

**AM** – Aleitamento materno

**AME** – Aleitamento materno exclusivo

**CDC** – *Centers for Disease Control*

**D** – Direita

**DE** – Diagnóstico de enfermagem

**DHEG** – Doença hipertensiva específica da gravidez

**DPOC** – Doença pulmonar obstrutiva crônica

**E** – Esquerda

**FC** – Frequência cardíaca

**FV** – Filhos vivos

**FR** – Frequência respiratória

**G** – Gestações

**Hb** – Hemoglobina

**Ht** – Hematócrito

**Hem** – Hemácias

**HPV** – Papilomavirus humano

**IG** – Idade gestacional

**IHAC** – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

**ITU** – Infecção do trato urinário

**IRC** – Insuficiência renal crônica

**Leuc** – Leucócitos

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**MS** – Ministério da Saúde

**ND** – Nursing Diagnosis

**NRS** – Numeric Rating Scale

**PC** – Parto cesário

**PE** – Processo de enfermagem

**PN** – Parto normal

**PNIAM/MS** – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno/  
Ministério da Saúde

Ministério da Saúde

**RHA** – Ruídos hidroaéreos

**RN** – Recém-nascido

**UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a Infância

**VAS** – Visual Analog Scale

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição de puérperas (N=40) segundo a idade, estado civil, escolaridade, ocupação, tipo de moradia, renda familiar, número de moradores e renda per capita. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	77
<b>Tabela 2</b>	Distribuição de puérperas (N=40) em relação a dias de puerpério, paridade, tipo de parto, início do pré-natal, número de consultas de pré-natal, idade gestacional em semanas da criança no parto, intercorrências na gestação, Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	78
<b>Tabela 3</b>	Diagnósticos de enfermagem em conceitos diagnósticos identificados em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	81
<b>Tabela 4</b>	Fatores relacionados e características definidoras de conhecimento deficiente (n=40) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia. Fev./Maio 2008.	83
<b>Tabela 5</b>	Fatores relacionados e características definidoras de amamentação eficaz (n=34) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	86
<b>Tabela 6</b>	Fatores relacionados e características definidoras de amamentação ineficaz (n=5) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	87
<b>Tabela 7</b>	Fatores de risco do diagnóstico <i>risco de amamentação ineficaz</i> (n=30) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	88
<b>Tabela 8</b>	Fatores de risco do diagnóstico <i>risco de amamentação interrompida</i> (n=39) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia. Fev./Maio 2008.	89
<b>Tabela 9</b>	Fatores de risco para infecção (n=37) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	90
<b>Tabela 10</b>	Fatores relacionados e características definidoras de integridade tissular prejudicada (n=36) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	92
<b>Tabela 11</b>	Fatores de risco para risco de integridade da pele prejudicada (n=23) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	92
<b>Tabela 12</b>	Fatores relacionados e características definidoras de integridade da pele prejudicada (n=16) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	93
<b>Tabela 13</b>	Fatores relacionados e características definidoras de ansiedade (n=32) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	94
<b>Tabela 14</b>	Características definidoras de disposição para processos familiares melhorados (n=24) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	95
<b>Tabela 15</b>	Fatores relacionados e características definidoras de processos familiares interrompidos (n=16) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	96
<b>Tabela 16</b>	Fatores relacionados e características definidoras de nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais (n=29) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	96

<b>Tabela 17</b>	Características definidoras de disposição para nutrição melhorada (n=9) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	98
<b>Tabela 18</b>	Fatores relacionados e características definidoras de nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais (n=2) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	98
<b>Tabela 19</b>	Fatores relacionados e características definidoras de constipação (n=18) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	99
<b>Tabela 20</b>	Fatores de risco para constipação (n=19) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	100
<b>Tabela 21</b>	Fatores relacionados e características definidoras de dor aguda (n=19) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	101
<b>Tabela 22</b>	Fatores relacionados e características de insônia (n=21) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	102
<b>Tabela 23</b>	Características definidoras de disposição para maternidade melhorada (n=19) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	102
<b>Tabela 24</b>	Fatores de risco para maternidade prejudicada (n=13) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	103
<b>Tabela 25</b>	Fatores relacionados e características definidoras de maternidade prejudicada (n=8) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	104
<b>Tabela 26</b>	Fatores relacionados e características definidoras de baixa autoestima situacional (n=12) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	105
<b>Tabela 27</b>	Fatores de risco para risco de baixa autoestima situacional (n=7) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	105
<b>Tabela 28</b>	Fatores relacionados e características definidoras de medo (n=11) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	106
<b>Tabela 29</b>	Distribuição do número de diagnósticos de enfermagem reais, de risco e de bem-estar, segundo as características sociodemográficas das puérperas (N=40), Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	107
<b>Tabela 30</b>	Relação entre o número de diagnósticos de enfermagem reais, de risco e de bem-estar, segundo as características sócio-demográficas das puérperas (N=40), Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	110
<b>Tabela 31</b>	Distribuição do número de diagnósticos de enfermagem reais, de risco e de bem-estar, segundo as variáveis obstétricas das puérperas (N=40), Distrito Sanitário Leste Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	111
<b>Tabela 32</b>	Relação entre o número de diagnósticos de enfermagem reais, de risco e de bem-estar, segundo as variáveis obstétricas das puérperas (N=40), Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	114
<b>Tabela 33</b>	Valor de p obtido no teste de qui-quadrado para avaliação da associação entre os diagnósticos de enfermagem de interesse e as características sociodemográficas e obstétricas das puérperas no período imediato e tardio (N=40), Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	115
<b>Tabela 34</b>	Diagnósticos de enfermagem, das puérperas no período imediato e tardio agrupadas em cluster (N=40), Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	119
<b>Tabela 35</b>	Características sociodemográficas, das puérperas no período imediato e	

	tardio agrupadas em cluster (N=40), Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	122
<b>Tabela 36</b>	Características obstétricas das puérperas no período imediato e tardio agrupadas em cluster (N=40), Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.	123

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>25</b>
1.1 – O puerpério: aspectos biológicos .....	25
1.2 – O puerpério: aspectos psicossociais e culturais.....	29
1.3 – O puerpério e a abordagem metodológica para os cuidados de enfermagem.....	30
<b>2 – OBJETIVOS.....</b>	<b>37</b>
2.1 – Objetivo Geral .....	37
2.2 – Objetivos Específicos.....	37
<b>3 – HIPÓTESES.....</b>	<b>39</b>
<b>4 – MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>40</b>
4.1 – Diagnósticos de Enfermagem possivelmente apresentados no período puerperal no contexto da comunidade.....	40
4.1.1 – Nutrição .....	40
4.1.2 – Constipação .....	43
4.1.3 – Insônia .....	45
4.1.4 – Conhecimento.....	46
4.1.5 – Autoestima.....	48
4.1.6 – Amamentação.....	50
4.1.7 – Maternidade .....	53
4.1.8 – Processos familiares.....	56
4.1.9 – Ansiedade .....	58
4.1.10 – Medo.....	60
4.1.11 – Infecção .....	61
4.1.12 – Integridade tissular.....	64
4.1.13 – Integridade da pele .....	65

4.1.14 – Dor .....	67
<b>5 – METODOLOGIA .....</b>	<b>71</b>
5.1 – Local .....	71
5.2 – População e amostra .....	71
5.3 – Instrumento de coleta de dados .....	72
5.4 – Procedimento de coleta de dados.....	72
5.5 – Aspectos éticos .....	73
5.6 – Análise dos dados.....	74
<b>6 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>76</b>
6.1 – Caracterização dos sujeitos .....	76
6.2 – Diagnósticos de enfermagem identificados.....	80
<b>7 – CONCLUSÃO .....</b>	<b>125</b>
<b>8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>129</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>131</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>143</b>
Dez passos para o sucesso do aleitamento materno .....	143
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>144</b>
Apêndice A - Instrumento de coleta de dados .....	144
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	201

## APRESENTAÇÃO

Durante minha vivência, como enfermeira a partir de 2002, aluna de Residência em Saúde da Família em 2003, e depois, como profissional da Saúde da Família, nesse mesmo ano, percebi que nos atendimentos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, a maioria, recebia mais atenção durante a gestação, mediante a realização do pré-natal. Entretanto após o parto, deixavam de ser focalizadas como prioridade, no atendimento.

Com o nascimento do filho, estas mulheres se envolviam com os cuidados do recém-nascido, e com a adaptação psicossocial da nova fase. Geralmente, buscavam atendimento de saúde, ao final do puerpério tardio, momento em que, por iniciativa própria, já haviam suprido as maiores dúvidas e necessidades. Muitas vezes, pelos seus relatos, o apoio era comumente encontrado nos familiares, tais como: marido, mãe, irmã, tia, vizinhas e amigas. Em decorrência disso, adquiriam informações e comportamentos equivocados.

Somado isso ao direcionamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) em se realizar uma revisão puerperal precoce, entre 7 e 10 dias, e outra até 42 dias de pós-parto; iniciei minha prática profissional com visitas domiciliares, no máximo até o 10º dia de pós-parto, por considerar o período mais crítico, no qual surgiam mais dúvidas e exigia maiores necessidades de cuidados de enfermagem preventivos e/ou curativos à puérpera.

Durante a Especialização em Enfermagem Obstétrica, em 2005, a ênfase maior era voltada ao pré-natal, trabalho de parto e parto. Para o puerpério, restava somente a demanda espontânea, desta mulher, à unidade de saúde quando achasse necessário, e uma consulta de revisão pós-parto, em torno do 10º dia, com os propósitos de avaliação da loquiação, cicatrização e retiradas de pontos da episiorrafia (quando realizada), investigação da amamentação, avaliação para o risco de infecção, planejamento familiar, tudo isso numa única consulta, o que é insuficiente.

Há necessidade de uma assistência de enfermagem mais frequente e mais próxima da mulher, nessa etapa de sua vida. As ações de enfermagem devem ser

eficazes para a clientela. Para tanto, é preciso conhecer as respostas humanas das puérperas, neste do ciclo vital.

## 1 – INTRODUÇÃO

### 1.1 – O puerpério: aspectos biológicos

Puerpério, sobreparto ou período pós-parto (DELASCIO; GUARIENTO, 1987; REZENDE, 2005) é a fase em que ocorrem manifestações involutivas, ao estado pré-gravídico, das modificações locais e sistêmicas provocadas pela gravidez e parto (BRASIL, 2001a). Classicamente, inicia-se com a expulsão total da placenta, abrangendo a fase três do parto ou 4º período de *Greenberg* (CUNNINGHAM et al., 2000; REZENDE, 2005).

Apesar do início do puerpério ser consensualmente definido, seu término ocorre em um período variável, com duração imprecisa. Geralmente, são necessárias quatro a seis semanas para a involução uterina completa, dependendo da duração da amamentação (CUNNINGHAM et al., 2000).

O puerpério ocorre concomitante ao efetivo exercício da maternidade, no qual a mulher experimenta profundas modificações, tanto biológicas como psíquicas (BRASIL, 2001a).

Didaticamente, o puerpério pode ser dividido em três períodos: imediato (do 1º ao 10º dia após a parturição), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) (REZENDE, 2005).

O período de seis a oito semanas, após o parto, corresponde à reepitelização do endométrio, e envolve ainda uma série de processos involutivos anatômicos, fisiológicos e bioquímicos, gerais e locais. A única exceção é a glândula mamária que atinge o seu apogeu funcional no puerpério (DELASCIO; GUARIENTO, 1987).

Segundo Rezende (2005), no pós-parto imediato os acontecimentos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou hiperplasiadas na gravidez, junto a alterações gerais e endócrinas sofrem regressão das modificações gestacionais pelo organismo.

O fundo de útero que se encontrava a altura da escava do epigástrico desce a 16 ou até a 14 cm de distância da reborda pubiana e apresenta-se firmemente contraído. A altura do fundo uterino diminui em média de 0,7 cm por dia. Até o 10º dia o útero é um órgão abdominal e depois retorna a pelve. A atividade contrátil

rítmica da matriz continua por certo tempo, mesmo não sendo percebida, às vezes provoca cólicas, muito dolorosas, especialmente nas múltiparas. A preservação da contratilidade uterina no puerpério imediato exerce relevante papel na prevenção da hemorragia, o chamado globo de segurança, pois promove as “ligaduras vivas de Pinard”. Poucas horas antes do parto, as vísceras abdominais iniciam o retorno para disposição anatômica habitual (REZENDE, 2005).

O útero recupera seu tamanho não-gravídico prévio, em torno de quatro semanas. Imediatamente, após o parto o útero pesa cerca de 1000 g. Em consequência da involução, na primeira semana regride 50%, 300 g duas semanas depois, e logo a seguir 100 g ou menos (CUNNINGHAM et al., 2000). A sua regressão ocorre principalmente pela redução do tamanho das fibras musculares e não do seu número (OLIVEIRA, 1997).

Na lactante, a involução uterina é mais rápida por ocorrer retração e contratilidade uterina mais intensa a cada amamentação. Nas primíparas, a involução uterina parece acontecer mais rápido (REZENDE, 2005).

O colo uterino, no parto normal, logo após a dequitação apresenta estrutura flácida de bordas distendíveis, denteadas, irregulares, situando-se na porção posterior da vagina, fortemente hiperemiado. Nas porções laterais é comum observar laceração, uma fenda evidencia posteriormente o orifício externo, certificando a paridade. Estará anatomicamente reconstituída após três dias do parto, permanecendo permeável ao toque, possibilitando distinguir os limites do canal cervical. O segmento inferior da parturiente não mais subsiste (REZENDE, 2005). Nas primíparas, o colo uterino torna-se impermeável após o quinto dia, e nas múltiparas após o 10º dia (BRASIL, 2001a; NEME, 2005).

Em relação à regeneração do endométrio, a decídua remanescente torna-se diferenciada em duas camadas, no período de dois a três dias pós-parto. Uma camada superficial torna-se necrótica e é descamada nos lóquios, a outra adjacente ao miométrio, que contém o fundo das glândulas endometriais, permanece intacta, e dará origem ao novo endométrio. A regeneração do endométrio é rápida, exceto no sítio placentário. A superfície livre torna-se coberta por epitélio em uma semana, e o endométrio é restaurado em três semanas (NEME, 2005).

O sítio placentário, assim que ocorre o parto, é um local saliente e cruento, irregularmente circular, com medida da palma da mão, regride rapidamente. No fim da 2ª semana tem 3 a 4 cm de diâmetro. Normalmente, o sítio placentário consiste

em inúmeros vasos que sofrem trombose ou degeneração hialina, com notável retração. A não-involução do sítio placentário pode representar uma falência na obliteração dos vasos, e clinicamente manifesta-se como uma persistência da loquiação e episódios de hemorragia puerperal (CUNNINGHAM et al., 2000).

A involução e a regeneração da lesão placentária, da caduca<sup>1</sup> parietal e das demais soluções de continuidade, sofridas pela genitália no parto, vinculam-se à produção e à eliminação de notável quantidade de exsudato e transudato que se misturam com elementos celulares descamados e sangue, sendo denominados de lóquios (REZENDE, 2005).

Até o 3º ou 4º dia, após o parto, os lóquios são sanguíneos – *lochia cruenta*, *lochia rubra*. A partir daí, até o 10º dia, tornam-se serossanguinolentos de cor acastanhada – *lochia fuscado*. A quantidade eliminada é individualmente variável. Acredita-se que o volume seja menor nas pacientes que amamentam, devido a maior contratilidade uterina, e maior após parto cesáreo. O fluxo é geralmente abundante, quando ocorre retenção de fragmentos placentários ou de membranas ovulares e com a existência de lacerações genitais mais extensas (NEME, 2005).

Imediatamente após o parto normal, observa-se a vulva, apresenta-se, geralmente, edemaciada com apagamento dos pequenos lábios, às vezes com pequenas rasgaduras, sobretudo na comissura inferior (REZENDE, 2005). O canal vaginal forma uma passagem ampla com paredes lisas que regridem de tamanho, mas geralmente não voltam às proporções de nulíparas (CUNNINGHAM et al., 2000).

É importante considerar que a involução da genitália depende de variações como: parturição, lactação, número de partos e fatores individuais (CUNNINGHAM et al., 2000; BRASIL, 2001a; REZENDE, 2005).

Seguindo a divisão proposta por Rezende (2005), após o 10º dia, inicia-se o puerpério tardio, o útero continua sua involução mais lentificada, principalmente devido à hialinização maciça e à reabsorção vagarosa do miométrio, intensamente vascularizado e hipertrofiado, durante a gravidez (REZENDE, 2005). Após 15 dias, o fundo de útero dificilmente é palpável acima da sínfise púbica, com retorno ao seu tamanho pré-gravídico, após a quarta semana de pós-parto (OLIVIERA, 1997).

---

<sup>1</sup> Camada da mucosa uterina que se separa do útero, com as membranas do feto, no momento do parto (REZENDE, 2005).

Nesta fase a caduca praticamente já está dissociada, com regeneração do estroma e das glândulas endometriais. A cavidade uterina estará completamente epitelizada ao final do 25º dia pós-parto. Eventualmente, a subinvolução do sítio placentário retardaria a epitelização total, o que poderá originar hemorragias (NEME, 2005).

Os lóquios continuam a ser eliminados até meados do puerpério tardio, agora amarelo – *loquia flava*, de aspecto purulento, progride para seroso ou branco, sendo confundido com a secreção cervicovaginal, após 5ª ou 6ª semanas de pós-parto (NEME, 2005).

O período de pós-parto remoto é de limites imprecisos. O útero completa sua regressão, o endométrio prolifera de forma habitual, a vagina torna a alcançar padrão estrogênico normal, entre 50 e 60 dias. A menstruação retorna geralmente com 1,5 meses, precedida de ovulação. Cerca de 80% das puérperas ovulam antes da primeira menstruação. Nas nutrízes, o prazo depende do tempo de amamentação. No aleitamento materno exclusivo, as puérperas podem apresentar amenorréia por 8 a 12 meses, e, nas não-nutrízes, pouco menos de 2 meses (NEME, 2005; REZENDE, 2005).

As involuções do endométrio e da vagina relacionam-se com a lactação. Nas puérperas que não amamentam a regressão miometrial é mais lenta e o endométrio propende a multiplicar semelhante à fase proliferativa do ciclo menstrual, no final do pós-parto tardio. Nas que nutrem a involução endometrial acontece como se os estímulos reguladores endócrinos estivessem em recesso ocasional. É o que se compreende das imagens de hiperplasia da mucosa encontrada, entre 37º e 63º dia de puerpério, na maioria dos casos (REZENDE, 2005).

As mamas são glândulas exócrinas que sofrem alterações anatômicas e fisiológicas, na gravidez e puerpério. Suas principais funções são de nutrir o recém-nato e transferir anticorpos maternos, durante a amamentação. No final da gestação, há redução da proliferação de células epiteliais alveolares e da formação de novos ductos. Ocorre, ainda, uma distinção para a atividade secretora e aumento no tamanho das glândulas, devido a hipertrofia dos vasos sanguíneos, das células mioepiteliais e dos tecido conjuntivo, depósito de gordura, retenção de água e eletrólitos. O fluxo sanguíneo quase duplica comparado a não-gestante. A função hipotalâmica-hipofisária é essencial, para a iniciação e manutenção da lactação (OLIVEIRA, 1997).

Embora envolvam aspectos físicos marcantes, a gravidez e o nascimento representam mais do que eventos biológicos, descrevem um estado de transição entre o estado de mulher e o de mãe, considerando-se, assim, evento psicossocial (CURY, 1997).

## **1.2 – O puerpério: aspectos psicossociais e culturais**

Algumas das dificuldades “vivas” pela mulher, no pós-parto, são relacionadas ao contexto psicossocial, refletindo tanto no pessoal, como na relação com os outros, notadamente, com o filho, o cônjuge e outros familiares (AFONSO, 1998).

Neste sentido, a visão do profissional deve transpor as alterações fisiológicas, indo ao encontro ou aprofundando o reconhecimento das modificações psíquica e social nesta fase de construção de uma nova identidade e novo papel (CURY, 1997).

Navajas Filho (1997) afirma que no ciclo gravídico-puerperal tudo é de caráter processual. Durante a gravidez, além das alterações físicas, como o desenvolvimento fetal, ocorre simultaneamente a aceitação do papel de mãe, que continua no puerpério, onde, as mudanças físicas, psicológicas e sociais são mais intensas e favorecem a vulnerabilidade emocional.

Apesar do puerpério conceitualmente ser baseado na recuperação física da mulher, e na sua adaptação fisiológica à maternidade, esta fase é um processo em que a mulher se ajusta a uma nova identidade – a identidade materna. Aprende a lidar com o papel – de mulher-mãe; adapta-se ao novo elemento na família com identidade própria – o filho, e reestrutura as relações familiares e sociais (NAVAJAS FILHO, 1997).

A família é uma organização dependente entre si, em que o comportamento e a expressão de cada integrante influencia e é influenciado por todos os outros (RZEZINSKI; CORD, 1997).

O nascimento de um filho promove uma reestruturação da família. Ao receber o novo ser cria-se uma expectativa para aqueles que ficam do outro lado, e esperam ansiosamente para conhecer o recém-chegado (VIEIRA; ROSSI, 2000).

Este acontecimento requer cuidado e atenção. É uma fase nova para toda a família, prioritariamente, para a mulher que está em recuperação do pós-parto, e precisará prestar cuidados ao recém-nascido (RZEZINSKI; CORD, 1997).

Nas fases do ciclo gravídico-puerperal, é no puerpério que o cuidado com a saúde da mulher predomina-se privado, no âmbito familiar. É neste momento que acontecem os conflitos dos saberes, decisões em relação às práticas e saberes instituídos, para o cuidado à saúde materna (STEFANELLO, 2005).

É importante que a assistência à saúde da mulher prestada, pelo profissional de saúde na fase do puerpério, considere todas as informações e hábitos de vida, assim como a transmissão de conhecimentos, experiências, tabus, crenças, hábitos e práticas culturais decorrentes da convivência familiar.

### **1.3 – O puerpério e a abordagem metodológica para os cuidados de enfermagem**

Estudos indicam a necessidade de uma concepção mais integral do estado de saúde destas mulheres, devido às alterações encontradas, nesta fase, tanto as mudanças físicas e psicológicas, tais como infecção puerperal, hemorragia, depressão pós-parto, problemas com amamentação e mastite, quanto àquelas intimamente ligadas às condições sociais do ambiente doméstico e do trabalho (SANDRE-PEREIRA et al., 2000; PERCEGONI et al., 2002; SARMENTO; SETÚBAL, 2003; DURAN, 2005).

A assistência planejada é fundamental na fase puerperal, com o levantamento dos dados, identificação das respostas aos problemas de forma individualizada, considerando o contexto em que a puérpera está inserida (PEREIRA; BACHION, 2005), pois a enfermagem pode contribuir significativamente com seus conhecimentos neste período que a mulher vivencia.

O Processo de Enfermagem é uma das abordagens sistemáticas, fundamentadas no método científico, que propicia o atendimento global e individualizado (CHRISTENSEN; KENNEY, 1995; NAKATANI, 2000; PEREIRA, 2004; CARVALHO et al., 2007).

O Processo de Enfermagem é um modo de organização das ações dos profissionais, que favorece o atendimento de qualidade, durante a fase em que o cliente estiver sob os cuidados da enfermagem (NAKATANI, 2000). Não existe um

limite explícito entre as suas fases, que são descritas em cinco etapas: coleta de dados (avaliação inicial), diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (evolução) da assistência de enfermagem. Estas fases devem ser dinâmicas e inter-relacionadas de maneira ordenada e sistemática (CHRISTENSEN; KENNEY, 1995).

O diagnóstico de enfermagem (DE) é o desfecho da coleta de dados, uma vez que o levantamento de dados é realizado com a finalidade de proporcionar a identificação das necessidades de cuidado de enfermagem. Assim, o DE é uma forma de expressar as necessidades de cuidados identificados nos clientes assistidos pelo enfermeiro (CRUZ, 2001). Provavelmente é a fase do Processo de Enfermagem menos entendida, mais controversa, e ainda uma parte chave deste processo. Trata-se de um componente essencial, exigindo alto nível de habilidade intelectual. É a base para planejamento, intervenção e evolução (RISNER in CHRISTENSEN, KENNEY, 1995).

O DE é definido como “processo de julgamento clínico”. Refere-se a um processo cognitivo, no qual o enfermeiro faz deduções sobre os dados levantados pela observação e a Taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association – Internacional* (NANDA), representa uma das iniciativas para a criação de um sistema de linguagem partilhada pelos enfermeiros (CRUZ, 2001).

Desde o empenho para se padronizar a linguagem dos diagnósticos, algumas definições para DE foram propostas (CRUZ, 2001); sendo que a NANDA (2008) mantém a definição aprovada na 9ª Conferência -1990, ou seja, DE é:

*Um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais, ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, o qual fornece a base para a seleção das prescrições de enfermagem, e para o estabelecimento de resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável.*

A NANDA atualmente inclui 187 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes. Os domínios incluem: promoção da saúde, nutrição, eliminação/troca, atividade/repouso, percepção/cognição, autopercepção, relacionamentos de papel, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios de vida, segurança/proteção, conforto e crescimento/desenvolvimento.

A NANDA tem como missão progredir no desenvolvimento de terminologias e classificações de enfermagem, ou seja, orientar a padronização de linguagem dos diagnósticos, na prática da Enfermagem (NANDA, 2008).

O diagnóstico de enfermagem, nesta taxonomia, tem os seguintes componentes:

- título – pode ser uma palavra ou frase curta que representa o nome para o diagnóstico;
- definição – descrição clara e objetiva que esclarece o significado do título;
- características definidoras – “indícios/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de bem-estar” (NANDA, 2008 p.378), podem ser compreendidas como os sinais, sintomas e comportamentos que indicam a presença de um diagnóstico;
- fatores de risco – “fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, uma família ou uma comunidade a um evento insalubre” (NANDA, 2008 p.378);
- os fatores relacionados – “fatores que parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem” (NANDA, 2008 p.378).

Há quatro tipos de diagnósticos, na NANDA (2008):

- diagnóstico de enfermagem real – descreve respostas humanas presentes em indivíduos, famílias ou comunidades; é sustentado por características definidoras (evidências) e apresenta fatores relacionados inferidos;
- diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde – descreve respostas humanas no campo da motivação de uma pessoa, família ou comunidade de aumentar o seu bem-estar; é sustentado por características definidoras (evidências) de disposição para melhorar comportamentos específicos de saúde;
- diagnóstico de enfermagem de bem-estar – descreve respostas humanas no contexto de bem-estar, com disposição para aumentar ainda mais esta condição; é sustentado por características definidoras (evidências) que denotam esta disposição;
- diagnóstico de enfermagem de risco – descreve respostas humanas que podem desenvolver-se em indivíduos, famílias ou comunidades em situação de vulnerabilidade, pela existência de fatores de risco.

A construção de uma declaração diagnóstica de enfermagem inclui uma combinação de eixos:

- Eixo 1 – conceito diagnóstico - é o principal elemento do diagnóstico. Pode consistir em um ou mais substantivos, compondo um nome. Podemos citar os conceitos de amamentação, ansiedade, autoconceito, autocuidado para alimentação, comunicação, deglutição, desempenho de papel, infecção, glicemia,

mobilidade física, proteção, quedas, volume de líquidos entre outros, como exemplos daqueles incluídos na taxonomia II da NANDA (2008).

- Eixo 2 – sujeito do diagnóstico - é a definição da clientela a qual se refere um determinado diagnóstico de enfermagem, que pode ser indivíduo, família, grupo ou comunidade. Não é necessariamente enunciado de forma explícita, e neste caso refere-se ao indivíduo;

- Eixo 3 – o julgamento - é um descritor que especifica o significado do conceito diagnóstico, representa a condição da resposta humana, naquele conceito. Os valores “antecipado”, “baixo”, “deficiente”, “diminuído”, “disposição para”, “eficiente”, “ineficaz”, “interrompido” e “situacional” são exemplos de descritores, incluídos na NANDA (2008);

- Eixo 4 – localização - é a descrição das partes/regiões do corpo e/ou suas funções correlatas, isto é, tecidos, órgãos, locais anatômicos ou estruturas, os termos “auditivo”, “cutâneo”, “mucosas”, “oral”, “vesical”, são exemplos de localização que podem ser utilizadas;

- Eixo 5 – idade - é a descrição da fase de vida do sujeito do diagnóstico. Os termos utilizados, neste eixo, incluem “adolescente”, “adulto”, “feto”, entre outros.

- Eixo 6 – tempo - é a duração do conceito diagnóstico, que pode ser agudo, crônico, contínuo e intermitente;

- Eixo 7 – situação do diagnóstico - é a indicação de potencialidade ou realidade do conceito ou a categorização do diagnóstico como de bem-estar/promoção da saúde. Estas situações incluem a de “bem-estar”, “de promoção da saúde”, “real” ou “risco”.

Na declaração de um título de diagnóstico, o eixo 1, tem presença obrigatória, os demais podem ou não serem agregados, de acordo com a situação. Para uma afirmação diagnóstica, no caso de diagnósticos reais, devem ser estabelecidos o título, os fatores relacionados e as características definidoras, como exemplo: “integridade tissular prejudicada relacionada a fator mecânico, evidenciado por tecido lesado.” No caso de um diagnóstico de promoção da saúde ou de bem-estar, devem ser estabelecidos título e as características definidoras, como exemplo “disposição para maternidade melhorada evidenciada por necessidades do filho atendidas, expressão de desejo de melhorar a maternidade.” No caso de diagnóstico de risco, deve-se estabelecer o título e os fatores de risco, como exemplo, “risco de infecção relacionado a defesas primárias inadequadas (pele rompida), conhecimento insuficiente para evitar exposição à patógenos.”

O desenvolvimento do Sistema de Classificação da NANDA tem contribuído para promover a autonomia do enfermeiro, no julgamento do cuidado ao cliente, com a finalidade de proporcionar o uso dos conhecimentos específicos de Enfermagem, e para a realização de estudos sobre a qualidade do cuidado de enfermagem. Propicia à profissão uma nomenclatura, uma linguagem e uma classificação que possibilitam descrever e organizar os dados mínimos de enfermagem<sup>2</sup> (ARCANJO et al., 2006).

Com o intuito de favorecer a melhoria da qualidade na assistência prestada à mulher, no ciclo gravídico-puerperal, várias pesquisas foram desenvolvidas para analisar o perfil dos diagnósticos de enfermagem, durante a gestação (FARIAS; NÓBREGA, 2000; PEREIRA; BACHION, 2005; ARCANJO et al., 2006). Outros estudaram a implementação do processo de enfermagem na gestação (TORRES; DAVIM; NÓBREGA, 1999) ou no ciclo gravídico-puerperal (PEREIRA, 2005).

Uma abordagem mais ampla do ciclo gravídico-puerperal no âmbito do cuidado humano (PESSOA; PAGLIUCA; DAMASCENO, 2006), da Nutrição (BAIÃO; DESLANDES; 2006) e da Psicologia (GRANATO, 2000; SARMENTO; SETÚBAL, 2003) também foram estudadas, contudo, sem abordar os diagnósticos de enfermagem.

Outros estudos relacionados ao puerpério foram também desenvolvidos, com enfoques que não incluem DE, como os de Almeida (2005) e Costa (2005) que pesquisaram sobre o puerpério imediato, no alojamento conjunto, durante internação; e o estudo de Pinelli e Abraão (1998) que pesquisaram sobre a opinião dos familiares em relação à consulta de enfermagem no período puerperal, no contexto ambulatorial; Gagnon et al. (2002) avaliaram o cuidado após a alta hospitalar, no período imediato, e Stefanello (2005) estudou as puérperas e seus familiares, no contexto da comunidade, até 40 dias pós-parto.

Um tema muito explorado por diversos autores é o aleitamento materno (AM), desde comprovações de seus benefícios (ASSIS et al., 2004; REA, 2004; CARVALHO; SILVA, 2005; DUARTE et al., 2007), discussões sobre o que torna o AM eficaz (VASCONCELOS; LIRA; LIMA, 2006), avaliação do nível de informação das mulheres sobre AM (SANDRE-PEREIRA et al., 2000; PERCEGONI et al., 2002; NAKAMURAL, 2003), a frequência do desmame precoce e seus fatores

---

<sup>2</sup> Dados mínimos de enfermagem, ou seja, em inglês *nursing minimum data sets*, refere-se aos eixos centrais da prática de enfermagem: diagnóstico, intervenção e resultados.

intervenientes (MASCARENHAS et al., 2006; CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007), além de representações sociais do desmame precoce (SILVA; MOURA; SILVA, 2007).

Os estudos realizados enfocam o pré-natal, a gravidez e a amamentação. O puerpério imediato é pesquisado especialmente no contexto hospitalar. O puerpério como um todo, em todas em suas dimensões e duração, tem sido pouco abordado, o que dificulta o planejamento de intervenções que atendam às reais necessidades de saúde da mulher, nesse período como um todo.

Nos estudos encontrados, no Brasil, sobre o ciclo gravídico-puerperal são poucos os direcionados ao diagnóstico de enfermagem (ABRÃO, GUTIÉRREZ, MARIN, 2005; PEREIRA; BACHION, 2005; ARCANJO et. al., 2006). Portanto, tornam-se necessárias pesquisas nesta vertente, pois de acordo com Lunney (2003), diagnósticos precisos são indispensáveis para conduzir as intervenções de enfermagem.

Os diagnósticos de enfermagem, identificados em grupos populacionais, podem levar a um conhecimento mais profundo sobre os fenômenos de interesse de enfermagem mais frequentes, em um determinado grupo humano (CRUZ, 1995).

Assim, a aplicação do DE enquanto processo de julgamento clínico, utilizado no período de pós-parto pode representar as respostas das puérperas e padronizar a linguagem da enfermagem neste processo ou fase na vida da mulher.

A partir da revisão da literatura e da experiência, na prática profissional, junto às puérperas, emergiu como foco de interesse o estudo das respostas humanas deste grupo, referentes aos conceitos de conhecimento, amamentação, infecção, integridade tissular, dor, ansiedade, insônia, constipação, maternidade, integridade de pele, nutrição, medo, autoestima e processos familiares.

Este estudo pode contribuir para ampliação do conhecimento, acerca dos diagnósticos de enfermagem, direcionados à fase puerperal imediata e tardia, com impacto no ensino, pesquisa e assistência de enfermagem.

No ensino de enfermagem obstétrica esta pesquisa poderá, motivar os alunos a aplicarem o processo de enfermagem; favorecer a interpretação dos dados obtidos sobre as puérperas, no processo de julgamento clínico; aprimorar precocemente as habilidades diagnósticas, na avaliação das puérperas, conseqüentemente tornar o julgamento clínico mais preciso.

Também, poderá favorecer a construção de um corpo de conhecimento para a enfermagem, com linguagem padronizada para os DE, auxiliando no desenvolvimento conceitual da enfermagem obstétrica. Com o reconhecimento dos DE em puérperas, poderão ser elaboradas pesquisas, conseqüentemente, produzindo novos conhecimentos.

Os enfermeiros precisam ter mais habilidade e autonomia na resolução de problemas clínicos encontrados durante a assistência prestada à puérpera. Esta investigação poderá contribuir para a educação permanente dos profissionais, para o planejamento de ações de alcance coletivo, de promoção, prevenção e recuperação da saúde. O uso dos DE, na prática, poderá beneficiar o sistema de referência e contra-referência com foco na assistência às puérperas.

A análise dos DE no puerpério, e em áreas geográficas mais abrangentes, favorecerá a identificação de prioridades de atendimento da assistência, os conteúdos essenciais a serem abordados, em processos educativos, as áreas de pesquisa de intervenções de enfermagem.

## **2 – OBJETIVO**

### **2.1 – Geral**

- Analisar a ocorrência de diagnósticos de enfermagem de interesse no puerpério imediato e tardio, no contexto da comunidade.

### **2.2 – Objetivos específicos**

- Caracterizar as puérperas quanto: idade, cor autorreferida, escolaridade, ocupação, renda familiar, renda per capita, tipo de moradia, número de moradores, estado civil, dias de pós-parto, paridade, início do pré-natal, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, instituição em que ocorreu o parto, idade gestacional em semanas da criança, no parto e intercorrências na gravidez.
- Identificar a ocorrência de amamentação eficaz, amamentação ineficaz, amamentação interrompida, risco de infecção; dor aguda; maternidade prejudicada e risco de maternidade prejudicada; disposição para maternidade melhorada; insônia, integridade tissular prejudicada; integridade da pele prejudicada e risco de integridade da pele prejudicada; nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais e risco para nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais; disposição para nutrição melhorada; ansiedade; medo; baixa autoestima situacional e risco de baixa autoestima situacional; conhecimento deficiente; disposição para processos familiares melhorados; processos familiares interrompidos e constipação, constipação percebida ou risco de constipação em puérperas nos períodos imediato e tardio, no contexto da comunidade.
- Descrever os fatores relacionados/fatores de risco e características definidoras dos diagnósticos identificados.
- Analisar a relação do número de diagnósticos de enfermagem identificados, em cada puérpera, com as características da população (idade, escolaridade, ocupação, renda familiar, renda per capita, tipo de moradia, número de moradores, estado civil, dias de pós-parto, paridade, início do pré-natal, número

de consultas de pré-natal, tipo de parto, instituição em que ocorreu o parto, idade gestacional em semanas da criança, no parto).

- Estudar a relação entre cada diagnóstico de enfermagem identificado com as características da população.

### 3 – HIPÓTESES

As hipóteses para o seguinte estudo são:

A-  $H_0$  = O número de diagnósticos de enfermagem apresentados pelas puérperas independe de idade, cor autorreferida, escolaridade, ocupação, renda familiar, renda per capita, tipo de moradia, número de moradores, estado civil, paridade, início do pré-natal, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, instituição em que ocorreu o parto, idade gestacional em semanas da criança, no parto.

A- $H_1$  = O número de diagnósticos de enfermagem apresentados pelas puérperas depende de idade, cor autorreferida, escolaridade, ocupação, renda familiar, renda per capita, tipo de moradia, número de moradores, estado civil, paridade, início do pré-natal, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, instituição em que ocorreu o parto, idade gestacional em semanas da criança, no parto.

B –  $H_0$  = A ocorrência dos diagnósticos de enfermagem independe de idade, cor autorreferida, escolaridade, ocupação, renda familiar, renda per capita, tipo de moradia, número de moradores, estado civil, paridade, início do pré-natal, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, instituição em que ocorreu o parto, idade gestacional em semanas da criança, no parto.

B –  $H_1$  = A ocorrência dos diagnósticos de enfermagem depende de idade, cor autorreferida, escolaridade, ocupação, renda familiar, renda per capita, tipo de moradia, número de moradores, estado civil, paridade, início do pré-natal, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, instituição em que ocorreu o parto, idade gestacional em semanas da criança, no parto.

## 4 – MARCO TEÓRICO

Devido o puerpério ser representado por uma fase que reúne tanto modificações físicas quanto sociopsíquicas alguns acontecimentos são esperados.

Tomando como base a experiência clínica vivenciada, consubstanciada pela revisão da literatura, elaborou-se o marco teórico que sustenta a possibilidade de ocorrência de 26 diagnósticos de enfermagem, de interesse no puerpério, na presente pesquisa, dentre os 187 diagnósticos de enfermagem reunidos na NANDA (2008). Outros estudos certamente poderão ampliar esta lista.

Para organização da apresentação, os diagnósticos foram agrupados por domínios e conceitos.

### 4.1 - Diagnósticos de Enfermagem possivelmente apresentados no período puerperal, no contexto da comunidade

#### 4.1.1 – Nutrição

O conceito nutrição está incluído em diagnósticos de enfermagem de dois domínios da NANDA: o de promoção da saúde e o de nutrição.

O domínio promoção da saúde inclui diagnósticos referentes à “consciência de bem-estar e às estratégias utilizadas para manter sobre controle e aumentar o bem-estar ou a normalidade de função” (NANDA, 2008 p.297). Neste domínio está incluído, entre outros diagnósticos, a **disposição para nutrição melhorada**.

O domínio nutrição engloba diagnósticos referentes às “atividades de ingerir, assimilar e utilizar nutrientes para fins de manutenção e reparação de tecidos e produção de energia” (NANDA, 2008 p.297). Neste domínio estão incluídos, entre outros diagnósticos, **nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais**; e **risco e nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais**. Por entender que todos estes diagnósticos referem-se ao conceito nutrição, serão apresentados de forma agrupada.

No Brasil, a assistência pré-natal inclui o acompanhamento e o monitoramento do ganho de peso ponderal, e prevê orientações nutricionais

voltadas às mulheres, no período que vai da gravidez à amamentação (BRASIL, 2001a).

Denomina-se como **disposição para nutrição melhorada** “um padrão de ingestão de nutrientes que é suficiente para satisfazer as necessidades metabólicas e que pode ser reforçado” (NANDA, 2008 p.205).

A gravidez e o período pós-parto são considerados momentos especiais, tanto pela ciência quanto pela cultura. Nesses períodos, a mulher está sujeita a determinadas regras baseadas em saberes diversificados, desde a cultura familiar, cultura de gênero (como a associação das mulheres com a comida e ato de cozinhar), cultura biomédica, entre outros, que nem sempre são convergentes, mas que estão fortemente ligados ao modo como as gestantes e puérperas se alimentam e sobre as escolhas que fazem. Diante dessas duas lógicas, os preceitos científicos podem se tornar imponentes diante de algumas crenças, interdições e prescrições, particularmente, associadas aos valores culturais e ao simbolismo dos alimentos (BAIÃO, DESLANDES, 2006).

Na percepção cultural das mulheres tudo que é proibido no “resguardo” tem uma conotação de risco, e que não pode ser “quebrado”, para não ameaçar a integridade física e o bem-estar. Dentre os cuidados que as mulheres devem seguir, no puerpério, estão os relacionados à alimentação. Como o resguardo é um período de fragilidade e cuidados, a alimentação também deve ser compatível a tal situação, acredita-se que os alimentos devem ser leves, não muito temperados e nem muito fortes (STEFANELLO, 2005).

Castro, Kac e Sichieri (2006) ao descreverem e compararem o consumo alimentar de mulheres adultas, nos períodos gestacional e pós-parto encontraram consumo energético médio de 2.889kcal, durante a gestação, e de 2.081kcal, no pós-parto. Entre as lactantes, 34,8% reportaram um consumo inferior a 1.800kcal, destas 52,1% tiveram um consumo inferior a 1.500kcal. Cerca de 60% das mulheres restringiram o consumo de energia em mais de 20%, no pós-parto, sendo que 40% delas reduziram o consumo em mais de 40%. Somente 13,4% das mães aumentaram o consumo no pós-parto. Estes autores advertiram sobre prática de dietas com valor energético inferior a 1.500kcal, pois o *Institute of Medicine* recomenda o consumo de, no mínimo, 1.800kcal para assegurar os nutrientes da dieta para a mãe e para a criança que amamenta.

Práticas como estas podem levar à **nutrição desequilibrada para menos do que as necessidades corporais**, e é definida como: “Ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas” (NANDA, 2008 p.208).

Nos primeiros 40 dias pós-parto é comum adotarem-se práticas de restrições alimentares, tais como: produtos lácteos, frutas, além de diminuição da ingestão calórica, que podem levar ao consumo insuficiente de nutrientes como o cálcio e a vitamina C, que são importantes para o estado nutricional da mulher, na lactação (CASTRO; KAC; SICHIERI, 2006).

Ao realizar uma investigação social, Witt (1971) avaliou que mais de 50% das entrevistadas acreditavam ser indispensável, para a mulher que teve um filho, seguir uma dieta alimentar. Apenas, 9% delas achavam tal prática desnecessária, enquanto que 15% não sabiam. Acreditavam ainda, que a alimentação da gestante estava condicionada a sua vontade de comer, e que no pós-parto deveria seguir uma dieta alimentar. Houve apontamentos de 137 alimentos impróprios para o consumo, no pós-parto, de acordo com as 102 entrevistadas. Os alimentos citados, com mais frequência, como contraindicados, após o parto, foram: a carne de porco e o pescado. O leite, a cerveja Malzbier® e a canjica foram os alimentos mais citados como convenientes para a puérpera ter bastante leite.

A nutrição, no puerpério, pode também estar alterada para mais do que as necessidades corporais. Esta situação é definida como: “Ingestão de nutrientes que excede as necessidades metabólicas” (NANDA, 2008, p.206), e quando há risco para este diagnóstico de enfermagem é “Risco de ingestão de nutrientes que excede as necessidades metabólicas” (NANDA, 2008, p.207).

Entre os fatores determinantes da retenção de peso em mulheres, no pós-parto, estão principalmente o ganho de peso, na gestação (quanto maior o ganho de peso durante a gestação, maior a retenção de peso no pós-parto) e a intensidade da lactação, esse último, mais como um fator protetor da retenção de peso (KAC, 2001).

Na revisão sistemática de Lacerda e Leal (2004), foi concluído que há evidências de que estado nutricional pré-gravídico, ganho de peso, durante a gestação, raça negra e paridade são fatores associados positivamente com a retenção de peso pós-parto. Porém, as evidências foram contraditórias para a lactação, o consumo alimentar e a atividade física.

Além da retenção de peso no pós-parto ser considerada fator determinante para o sobrepeso na mulher, existe um risco aumentado de complicações em gravidez futura, decorrentes do sobrepeso. Job, Passini Junior e Pereira (2005) ao acompanharem gestantes com sobrepeso pré-gestacional, em um ambulatório de pré-natal e serviço de nutrição/dietética, encontraram cerca de 19,2% de diabetes gestacional, 17,3% de hipertensão específica da gravidez, 15,3% de macrosomia e uma frequência de 57,7% de parto via abdominal, em mulheres acompanhadas.

O ganho de peso gestacional pode ser explicado pela alimentação inadequada. A avaliação do consumo alimentar de gestantes apontou que a maioria das dietas revelou-se com conteúdo protéico adequado, excessivo em lipídeos e inadequado em carboidratos. Uma frequência de 66,7% das gestantes faziam uso excessivo de lipídios, justificado por frequentes frituras nas refeições (AZEVEDO; SAMPAIO, 2003).

A cultura e as escolhas alimentares não devem ser avaliadas somente de acordo com a lógica técnico-científica, mas também como formas explicativas e singulares de cada pessoa e de cada grupo. Assim, é fundamental que a capacidade, o potencial e a vontade de mudança sejam incorporados e considerados, no encontro entre profissionais da saúde e clientes, e que as orientações possam ser flexíveis para que se consiga um equilíbrio entre a “nutrição” e a “comida”, ou seja, a satisfação de necessidades nutricionais, emocionais e sociais e, principalmente, a compreensão dos indivíduos como sujeitos constituídos por um corpo não somente biológico, mas também simbólico (BAIÃO, DESLANDES, 2006).

O domínio eliminação e troca inclui diagnósticos referentes à “secreção e excreção dos produtos residuais do metabolismo do organismo” (NANDA, 2008 p.298). Neste domínio, estão incluídos diagnósticos que envolvem o conceito de constipação, entre outros.

#### 4.1.2 – Constipação

A NANDA (2008, p.69) define **constipação** como: “Diminuição da frequência normal de evacuação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes e/ou passagem de fezes excessivamente duras e secas”, e o **risco de**

**constipação** como: “Risco de diminuição da frequência normal de evacuação, acompanhada por dificuldade ou eliminação incompleta das fezes e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas” (NANDA, 2008, p.73).

A constipação intestinal é uma alteração da eliminação das fezes caracterizada pela redução do número de evacuações com diminuição da hidratação do bolo fecal, que se torna mais consistente e seco (LARAIA, 1999; NEME, 2005) isso faz com que sua passagem seja difícil e dolorosa (NEME, 2005; SMELTZER; BARE, 2005).

Este sintoma intestinal é comum. Geralmente, resulta de uma alteração de motilidade do cólon, somado aos hábitos inadequados higiênico-dietéticos, inatividade física e estado emocional. Também, pode ocorrer por uso de medicamentos ou doenças que atrasam o trânsito intestinal. Dentre várias condições que podem ocasionar diminuição do trânsito colônico está a gestação (PINHEIRO, 1993).

Durante a gravidez, o mecanismo da constipação não está bem esclarecido. O tempo de trânsito intestinal está aumentado no segundo e terceiro trimestres de gestação, seguido de normalização no pós-parto, explicado pelas transformações ocorridas na gestação, como o efeito do aumento da progesterona – inibição sobre o músculo da parede intestinal, pressão do cólon distal pelo aumento uterino no último trimestre, absorção aumentada de sódio, potássio e de água pelo cólon (NEME, 2005).

Herrero et al. (2001) encontraram uma frequência de constipação intestinal em 41,3% das puérperas com duas semanas de pós-parto, e durante a gestação entre 25 e 30%. A tendência do aumento da constipação com o progresso da gestação se deve à ação da progesterona e mobilidade diminuída do trato intestinal. Por outro lado, Cunningham et al. (2000) colocam que a constipação, durante o ciclo gravídico, se deve a ingestão pobre de fibras, sugere uma alimentação rica em fibra, como prevenção da constipação intestinal.

Além do aumento da ingestão de fibras, na dieta, deve-se aumentar ingestão hídrica e interromper o uso abusivo de laxativos devido a possíveis complicações como: hipertensão arterial, impactação fecal, hemorróidas e fissuras e megacólon (SMELTZER; BARE, 2005).

O normal é “evacuar fezes formadas, úmidas e sem desconforto”, porém no conhecimento popular não se considera a consistência das fezes e a facilidade de

evacuação. Há a crença de que é necessário evacuar todos os dias, esta definição popular nem sempre condiz com a do profissional de saúde (NEME, 2005).

Esse fenômeno é conceituado pela NANDA (2008, p.72) como **constipação intestinal percebida**, definida como: “Autodiagnóstico de constipação e abuso de laxantes, enemas e supositórios para garantir o movimento intestinal diário.”

O domínio de atividade e repouso inclui diagnósticos referentes à “produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos” (NANDA, 2008 p.299). Neste domínio, estão incluídos diagnósticos que envolvem diversos conceitos, entre os quais a insônia.

#### 4.1.3 – Insônia

Insônia é conceituada pelo I Consenso de Insônia da Sociedade Brasileira de Sono como: dificuldade em começar e/ou manter o sono, presença de sono não reparador, ou seja, o sono não é suficiente para sustentar uma boa qualidade de alerta e bem-estar físico e mental, o que interfere no desempenho nas atividades durante o dia (POYARES; TUFIK, 2003).

De acordo com NANDA (2008 p.170) **insônia** é definida como: “Distúrbio na qualidade e quantidade de sono que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa”, este diagnóstico foi denominado anteriormente de padrão de sono perturbado (NANDA, 2006 p.213).

A prevalência da insônia na população, em geral, varia de 30 a 50%. Existem fatores de risco, entre eles está o sexo feminino (POYARES; TUFIK, 2003). Um evento na vida da mulher que pode levar à insônia é o ciclo gravídico-puerperal. O padrão do sono pode-se apresentar prejudicado, antes mesmo do nascimento da criança (PEREIRA; BACHION, 2005; ARCANJO et al., 2006), principalmente no final da gestação (MINDELL; JACOBSON, 2000), atingindo 75,8% das gestantes (ARCANJO et al., 2006).

Existem fatores precipitadores nos estresses da vida diária como: perdas, doenças, mudanças ambientais, e fatores exógenos e endógenos associados com o aumento da atividade simpática; cafeína, nicotina, exercício intenso, calor, ruídos, preocupações, fome, dor, medo e esforço intenso para dormir; que podem prejudicar o sono (POYARES; TUFIK, 2003).

Abrão, Gutiérrez e Marin (1997) encontraram que 75% das puérperas, em aleitamento materno, tiveram dificuldades em manter bom padrão de sono, motivo explicado pelas necessidades do recém-nascido que chorava muito e era amamentado várias vezes.

Em um estudo de descrição das mudanças nos padrões de sono das mulheres, inclusive no período pós-parto, os autores avaliaram que o padrão de sono não se modificou de acordo com o tipo de parto ou tipo de alimentação da criança. Porém, o padrão de sono apresentou maior perturbação durante o primeiro mês de pós-parto, particularmente para primíparas, por acordar mais vezes para cuidar da criança (LEE; ZAFFKE; MCENANY, 2000).

A insônia, por outro lado, pode significar um dos fatores que compõem o quadro da depressão pós-parto, quando associada, pelo menos, a quatro dos demais sintomas: humor deprimido, anedonia, mudanças significativas no peso ou apetite, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa, capacidade diminuída de pensar, concentrar-se, indecisão, pensamentos recorrentes de morte, com duração do evento, em pelo menos 2 semanas (RUSCHI et al., 2007).

O domínio de percepção/cognição inclui diagnósticos referentes ao “sistema humano de processamento de informações, incluindo atenção, orientação, sensação, percepção, cognição e comunicação” (NANDA, 2008 p.300). Neste domínio, está incluído, entre outros diagnósticos, o **conhecimento deficiente** que deve ser especificado, ou seja, nomeado o foco do que não se conhece, de modo suficiente.

#### 4.1.4 – Conhecimento

**Conhecimento deficiente** é a “Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionado a um tópico específico” (NANDA, 2008, p.68).

Estudos foram realizados com a intenção de saber o conhecimento das mulheres que vivem o período pós-parto (CAMIÁ, BARBIERI, 1997; SANDRE-PEREIRA et al., 2000; PERCEGONI et al., 2002; SILVA et al., 2007).

As mulheres procuram o atendimento de saúde, para o retorno do pós-parto, já na fase tardia, sendo que as maiores dúvidas acontecem no puerpério imediato.

Com isso, as informações que elas mais confiam e seguem são as dadas pela família, que é o maior apoio encontrado. Apesar da modernidade, elas seguem ritos e costumes transmitidos por gerações, evidenciando a importância e influência do conhecimento empírico, na saúde (CENTA; OBERHOFER; CHAMMAS, 2002).

Sandre-Pereira et al. (2000) e Percegoni et al. (2002) avaliaram o conhecimento das puérperas em relação à amamentação. Consideraram que embora as mulheres tenham conhecimentos básicos sobre o aleitamento materno, como amamentar até o sexto mês de vida da criança, iniciar amamentação logo após o parto, que o leite materno protege a criança contra doenças; questões fundamentais como momento ideal para a primeira mamada, a importância do colostro e aspectos nutricionais relacionados à nutriz são desconhecidos pelas puérperas (SANDRE-PEREIRA et al., 2000).

Percegoni et al. (2002) ao pesquisarem sobre assuntos relacionados a função do leite não restrita a alimentação, como: a pega correta da criança no mamilo, como resolver o ingurgitamento mamário e leis de proteção à nutriz trabalhadora, avaliaram que as puérperas possuíam baixo nível de conhecimento, refletindo a necessidade de melhores esclarecimento, no pré-natal e puerpério imediato.

No contexto da amamentação, Abrão, Gutiérrez e Marin (1997) identificaram “déficit de conhecimento” em 100,0% das mulheres pesquisadas. Todas referiram desconhecer ou ter conhecimento incorreto sobre aspectos relacionados à prática do aleitamento materno. Dessas mulheres, 91,6% não conheciam a técnica de amamentação; 100,0% não sabiam os procedimentos com a mama na vigência de ingurgitamento mamário e 75,0% nos traumas mamilares e 100,0% não conheciam os procedimentos com as mamas na vigência da mastite. Esses dados confirmam a necessidade de preparação no período gestacional.

Avaliando o conhecimento das puérperas, em relação aos métodos contraceptivos, Camiá e Barbieri (1997) observaram que elas tinham ouvido falar sobre estes métodos, mas perceberam que a maioria tinha conhecimento inadequado. No uso dos métodos contraceptivos 48% o faziam de forma incorreta, e o mais utilizado foi o hormonal oral (97,9%) e o que mais apresentou erro no uso (91,5%). Outro dado relevante foram as fontes de obtenção de conhecimento, meios de comunicação (48%), amigas (47%) e médicos (36%). Demonstraram que a falta de orientações adequadas pode expor as mulheres a gravidez indesejadas.

Silva et al. (2007) observaram que 20% das mães usaram algum tipo de simpatia no cuidado com o coto umbilical, como gaze ou cinteira com moeda, no intuito de prevenir hérnia, evidenciando que certos cuidados com o recém-nascido podem vir acompanhados de conhecimentos culturais.

As simpatias apareceram também nos cuidados com a amamentação, 85% mulheres referiram a realização de algum tipo, como o uso da cerveja Malzebier® (7,5%); comer canjica sem coco ralado e canela, sob a orientação de suas avós (15%); e 12,5% informaram que solicitaram aos seus parceiros que drenassem um pouco a mama por meio da sucção, sem deglutir o leite a fim de evitar que ele “empedrasse”. Uma antiga simpatia de comprar e passar um pente virgem no seio para evitar o ingurgitamento e fazer com que o leite descesse mais rápido apareceu em 50% das entrevistadas (SILVA et al., 2007).

A conciliação das informações transmitidas pela família, senso comum, e o conhecimento científico dos profissionais de saúde, podem proporcionar a construção de um relacionamento, centrado na confiança e no respeito mútuo, que propiciará maior interação entre o serviço de saúde, a puérpera e sua família (CENTA; OBERHOFER; CHAMMAS, 2002).

O domínio de autopercepção inclui diagnósticos referentes ao “sistema humano de processamento de informações, incluindo atenção, orientação, sensação, percepção, cognição e comunicação” (NANDA, 2008 p.301). Neste domínio estão diagnósticos que incluem o conceito de autoestima, entre outros.

#### **4.1.5 – Autoestima**

O período pós-parto é um período de redescobertas, reconstrução do próprio eu, e a autoestima que emerge frente ao papel materno, pode ser desafiada durante este período crítico de tempo (ZAGONEL et al., 2003).

A baixa autoestima é um dos fatores de risco identificados mais recentemente para a depressão pós-parto. Assim, torna-se importante a investigação em relação às vivências da mulher, durante a gravidez especialmente, como está se sentindo no pós-parto, e também se conta com uma rede de apoio social que dê sustentação às mudanças psíquicas vividas com o nascimento de uma criança (SCHMIDT; PICCOLOTO; MULLER, 2005).

O “Desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual” como o nascimento de um filho, é considerado pela NANDA (2008, p.47) como **baixa autoestima situacional** e “Risco de desenvolver percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual” configura o diagnóstico de **risco de baixa autoestima situacional** (NANDA, 2008 p.48).

Sabroza et al. (2004) ao analisarem a associação entre gravidez precoce e as repercussões emocionais negativas, para adolescentes, verificaram que 23,7% das puérperas apresentaram uma autovalorização negativa. Houve uma maior proporção de puérperas (31,0%) com autovalorização negativa em famílias que reagiram mal à gestação, bem como entre àquelas que se encontravam fora da escola ao engravidar (27,1%). Esta situação foi encontrada também nas puérperas que tentaram interromper a gestação. As variáveis: faixa etária, cor da pele, o hábito de fumar durante a gravidez, o número de consultas pré-natais realizadas e o desejo em relação à gestação não apontaram diferenças significativas.

A autodepreciação leva à depressão e hostilidade, sendo estes sentimentos inesperados e indesejados. Após superar a primeira fase de desconforto físico e exercer domínio sobre as funções maternas proporcionadas no pós-parto, a mulher sente-se ansiosa por se refazer. No entanto, a expectativa de que o peso, a massa e gordura do corpo, adquiridas durante a gravidez, desapareceriam com o nascimento do filho não são satisfeitas. Então, sente-se gorda, disforme (GONÇALVES, 2000), o que pode causar baixa autoestima.

Espera-se que as mães sempre sejam ternas, acolhedoras, férteis e disponíveis, mesmo diante das dificuldades da maternidade. Os sentimentos negativos não deverão ser demonstrados, já que o nascimento está ligado ao milagre da vida que supõe um instinto materno, uma tendência natural para o sacrifício. Quando a puérpera se percebe na nova situação, pode sentir-se incapaz de enfrentar as dificuldades na transição do papel de mãe, pode haver quebra das expectativas em relação à criança e a ela mesma como mãe e ao tipo de vida estabelecido com a presença do filho, sentimentos como desânimo, desapontamento e tristeza podem aparecer (ARRAIAS, 2005).

O domínio de relacionamentos de papel inclui diagnósticos referentes a “conexões ou associações positivas e negativas, entre pessoas ou grupo de

pessoas, e meios pelos quais essas conexões são demonstradas” (NANDA, 2008 p.301). Neste domínio existem vários conceitos, entre eles, o de amamentação, maternidade e processos familiares.

#### **4.1.6 – Amamentação**

No conceito amamentação estão incluídos, entre outros diagnósticos, amamentação eficaz, amamentação ineficaz e amamentação interrompida.

Os profissionais de saúde da área materno-infantil buscam apoiar e desenvolver a amamentação eficaz pela sua importância, para a saúde da mulher e da criança.

Os benefícios da amamentação são discutidos na literatura (ASSIS et al. 2004; REA, 2004; CARVALHO; SILVA, 2005; DUARTE et al., 2007), e sua excelência pode ser verificada por vários ângulos. Para a criança, o aleitamento materno exclusivo (AME) é a melhor forma de nutrir até 6 meses de idade, atende todas as necessidades nutricionais, metabólicas, proporciona proteção imunológica e oferece melhor interação mãe e filho. Para a mãe, é a maneira mais prática e econômica de nutrir seu filho, não precisa armazenar ou comprar o leite, vem pronto na temperatura ideal; não provoca flacidez das mamas, como erroneamente é pensado. Este fenômeno está ligado ao ganho de peso excessivo, na gestação. O AME é de custo mais baixo, evita riscos de doenças proporcionadas pelo preparo inadequado das mamadeiras e bicos (MARCONDES, 2002).

Duarte et al. (2007) pesquisaram a relação entre aleitamento materno e níveis de hemoglobina em crianças menores de 2 anos, em Itupeva (SP). Verificaram a prevalência de anemia em 41,7%, sendo, mais frequente, entre os abaixo de seis meses de vida que estavam sem aleitamento materno. Os resultados sugeriram que a substituição parcial ou total do leite materno, antes dos seis meses de idade associa-se com diminuição dos níveis médios de hemoglobina. Atentaram para a necessidade de promoção de AME até os seis meses. Assis et al. (2004) fizeram uma discussão similar de que o AME até os seis meses e a manutenção do leite materno, a partir dessa idade, associada aos alimentos complementares qualitativamente e quantitativamente adequados, podem contribuir para o aumento dos níveis da hemoglobina, no primeiro ano de vida.

Crianças amamentadas por período inferior a quatro meses apresentaram maior do número de infecções, estatisticamente significantes para infecções de vias aéreas superiores e pneumonia. Assim, o AME por pelo menos quatro meses torna-se relevante para diminuir quadros infecciosos, nos primeiros dois anos de vida (CARVALHO; SILVA, 2005).

Sobre os benefícios da amamentação para a lactante, Rea (2004) publicou um artigo de revisão que demonstra: redução do câncer de mama que é influenciado também pela duração da amamentação, fator de proteção para alguns cânceres ovarianos, retorno do peso pré-gestacional, redução de fraturas por osteoporose especialmente em quadris e amenorréia lactacional como contraceptivo natural.

No âmbito nacional e internacional, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) junto à Organização Mundial de Saúde (OMS) têm trabalhado no incentivo ao AME e precoce, através da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), idealizada, em 1990, para promover, proteger e apoiar o AME até 6 meses e até dois anos com alimentação complementar. Visa mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos os *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno* (Anexo I) (LAMOUNIER, 1998; WHO, 1998;). No Brasil, a IHAC soma esforços do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM/MS), coordenado pelo Ministério da Saúde (LAMOUNIER, 1998).

Entre os fatores favoráveis à amamentação eficaz Vasconcelos, Lira e Lima (2006) apontaram o pré-natal. Tiveram como duração mediana do aleitamento materno total mais prolongada entre as crianças que residiam na Região Metropolitana do Recife (148 dias), cujas mães tinham renda familiar acima de dois salários mínimos (201 dias), e haviam frequentado seis ou mais consultas, no pré-natal (129 dias) e recebido orientação sobre aleitamento materno, durante o pré-natal (126 dias).

A **amamentação eficaz** é definida pela NANDA (2008, p.28) como: “Binômio mãe-filho/família demonstra adequada proficiência e satisfação com o processo de amamentação.” Algumas condições interferem no sucesso dessa prática, levando à sua interrupção ou ineficácia.

**Amamentação ineficaz** é definida como: “Insatisfação ou dificuldade que mãe, bebê ou criança experimenta com o processo de amamentação” (NANDA,

2008 p.29). Temos ainda uma condição em que “quebra na continuidade do processo de amamentação como resultado de incapacidade ou de não ser aconselhável colocar a criança no peito para mamar” que, de acordo com NANDA (2008, p.31), constitui a amamentação interrompida.

Um estudo realizado em Palmares – PE, por Coutinho et al. (2005) teve como objetivo avaliar o impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação, na maternidade, e frequências de aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. Concluíram que o treinamento promoveu mudanças parciais em algumas práticas inerentes à amamentação, como o contato precoce pele a pele do binômio mãe-filho. Houve aumento na frequência do aleitamento materno exclusivo (de 21,2 para 70%), nas primeiras 48 horas após o parto. Contudo, não houve mudanças expressivas, ao longo dos seis meses de vida, sugerindo a necessidade de intervenções efetivas no apoio ao aleitamento exclusivo nos serviços de saúde e na comunidade.

Vários estudos (SANDRE-PEREIRA et al., 2000; PERCEGONI et al., 2002; NAKAMURAL, 2003) buscaram reconhecer o nível de informação das mulheres a cerca do aleitamento materno. Concluíram que embora as mulheres tenham conhecimentos básicos sobre aleitamento materno desconhecem vantagens específicas. Os autores colocam a importância do incentivo e da orientação para o aleitamento, durante o pré-natal e puerpério imediato.

Vários trabalhos são realizados sobre aleitamento materno, com a preocupação de conhecer o que leva a descontinuidade da amamentação precocemente e suas dificuldades, o que a torna ineficaz ou interrompida (MASCARENHAS et al., 2006; CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007), e outros estudos sobre incentivos a sua exclusividade que possa possibilitar que seja eficaz (LAMOUNIER, 1998; WHO, 1998).

Em relação ao desmame precoce, Carvalhaes, Parada e Costa (2007) identificaram fatores associados ao AME e os motivos apresentados pelas mães para a introdução de alimentação complementar, nos primeiros quatro meses de vida. Em AME, estavam 38,0% das crianças; 33,4% consumiram leite de vaca; 29,2%, chás e 22,4%, água. As mães justificaram a introdução de leite de vaca por fatores relativos à quantidade/qualidade do leite materno, e porque a criança precisava. Relacionaram a ausência de AME ao uso de chupeta e relato de dificuldade com a amamentação.

Em Pelotas (RS), observou-se que apenas 39% de uma amostra estudada recebiam AME no terceiro mês, o uso de água/chá encontrados em 13%. A principal razão apontada pelas mães para a introdução de líquidos foi a presença de cólicas (41%). Cerca de 19% estavam em aleitamento parcial, e o motivo para introdução de outros alimentos foi a criança sentir fome (46%). Aos três meses, 1/3 das crianças já estavam desmamadas. A chupeta estava sendo usada em 64% das crianças, e a razão apontada pela mãe foi porque acalma a criança (53%) (MASCARENHAS et al., 2006).

Nos dois estudos anteriores a prática do aleitamento materno exclusivo apresentou índices inferiores aos recomendados. Isto reforça a necessidade de se continuar a estimular amamentação nos primeiros meses de vida.

Silva, Moura e Silva (2007) trabalharam o desmame precoce como objeto social o qual se revelou com representações ambíguas e complexas, sentimentos negativos e positivos. Observaram que as crenças fazem parte da construção social e a mãe da nutriz tem papel de orientadora com maior credibilidade que o pré-natalista. A escolha de amamentar é individual, mas influenciada e construída pela sociedade que tem uma herança sócio-cultural. Consideram que os programas de incentivo ao aleitamento materno sejam desenvolvidos junto às comunidades, não reduzido ao biológico e econômico, uma vez que não é possível desvincular determinantes do desmame precoce das crenças, valores e normas sociais e psicossociais, conseqüentemente, é importante saber os reais motivos que levam a mulher a deixar de amamentar.

#### **4.1.7 – Maternidade**

No conceito maternidade estão incluídos entre outros diagnósticos: disposição para maternidade melhorada, maternidade prejudicada e risco de maternidade prejudicada.

Com o nascimento do filho, a mulher adquire um novo papel social, do estado de mulher para o de mãe, ou seja, é um rito de passagem ou de transição social (ANDRADE; SANTOS, 2007).

A atitude da mulher como mãe depende de vários fatores: seu desenvolvimento, a identificação com a própria mãe, a aceitação do seu papel feminino e de mãe e suas vivências pessoais. Independente da idade, a transição à

maternidade pode ser imprevisível, estressante e modificar a autoconfiança da mãe, no cuidado com a criança (ZAGONEL et al., 2003).

De acordo com NANDA (2008, p.220) o diagnóstico **maternidade prejudicada** é: a “Incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou reaver um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança”, e **risco de maternidade prejudicada** é definido como: “Risco de incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou reaver um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança” (p.223).

Na fase puerperal podem ocorrer manifestações depressivas como: depressão leve ou materna e depressão pós-parto e psicose puerperal (CUNNINGHAM et al., 2000).

A depressão da maternidade é considerada como um distúrbio do humor que dura poucos dias, após o parto, até 10 dias, em que a mulher apresenta insônia, disforia, ansiedade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade e labilidade afetiva (CUNNINGHAM et al., 2000). Neme (2005) denomina este distúrbio de melancolia temporária, também chamado de *postpartum blues* (HENSHAW; FOREMAN; COX, 2004) ou *maternity blues* - tristeza materna (ADEWUYA, 2005). Estas mulheres devem ser monitoradas quanto ao desenvolvimento de distúrbios mentais mais graves: como a depressão pós-parto e psicose puerperal (CUNNINGHAM et al., 2000).

Em relação à psicose puerperal, embora este acontecimento seja raro, em aproximadamente 0,12%, é uma complicação séria que leva risco à mãe e à criança, causa uma interrupção nas relações maternas, e, na maioria dos casos, não melhora em semanas ou meses (LENNON; LENNARD, 1964).

A depressão comumente associada ao nascimento de uma criança refere-se a um conjunto de sintomas que se iniciam geralmente entre a quarta e oitava semana após o parto. Esses sintomas incluem: irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas (KLAUS et al., 2000 apud SCHWENGBER; PICCININI, 2003). Contudo, o monitoramento cuidadoso do humor no primeiro ano, após o parto, é crucial, especialmente em mulheres com histórico de depressão pós-parto (ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005).

Schwengber e Piccinini (2003) ao revisarem sobre o impacto da depressão pós-parto, para a interação mãe-criança, colocam que mães deprimidas tendem a ser menos responsivas ao interagirem com seus filhos, que, por sua vez, tendem a apresentar mais afeto negativo do que filhos de mães não-deprimidas. Consideraram também que a depressão materna pós-parto implica em importantes consequências para o desenvolvimento da criança, especialmente no que se refere à ocorrência posterior de problemas emocionais e de comportamento da criança. Assim, os autores indicam que a depressão da mãe afeta a criança ao interferir negativamente na interação estabelecida entre a díade – mãe-filho.

A prevalência da depressão pós-parto encontrada num hospital universitário de Brasília (DF) foi de 22,2% (ZACONETA; MOTA; FRANÇA, 2004), e em Pelotas (RS) de 19,1% (MORAES et al., 2006). As variáveis: renda familiar baixa, preferência pelo sexo da criança e pensar em interromper a gravidez (NAKKU; NAKASI; MIREMBE, 2006; MORAES et al., 2006) e gravidez não-planejada (NAKKU; NAKASI; MIREMBE, 2006) são apresentadas como fatores de risco para a depressão pós-parto.

Relevante deve ser a avaliação precoce da depressão, já durante a gestação. Uma vez diagnosticado o quadro depressivo da gestante, viabiliza-se a realização de intervenções, sendo um dos objetivos principais apoiá-la, neste momento importante de transição (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Porém, Zinga, Phillips e Born (2005) colocam na sua revisão que quantidade excessiva de resultados negativos, na literatura, demonstra que a depressão pós-parto ainda não pode ser facilmente prevenida, pois tem forte componente biológico subjacente à sua etiologia. A depressão pós-parto pode ocorrer mesmo em mulheres sem histórico psiquiátrico familiar conhecido ou qualquer um dos fatores de risco.

Outro fator que pode interferir na interação mãe e filho é a ansiedade. Faisal-Cury e Menezes (2006) encontraram no grupo de puérperas alta prevalência de ansiedade, em torno de 45%, explicada parcialmente pela associação com depressão. Concluíram que a baixa renda, intercorrências com o recém-nascido, menor idade da puérpera, maior número de filhos vivos, contribuem sensivelmente para o surgimento dos sintomas ansiosos.

O período pós-parto é uma fase de redescobertas. A reconstrução do próprio eu e a autoestima que emerge frente ao papel materno, podem ser desafiadas durante este período crítico (ZAGONEL et al., 2003).

A mulher precisa de um apoio para enfrentamento nessa fase de transição. O tipo e a natureza do suporte recebido são fatores que podem contribuir negativa ou positivamente para a melhor adaptação e alcance do papel materno, pois depara-se com as necessidades de suporte esperadas e as reais existentes após o nascimento. Uma forte rede de suporte social, suporte da família e a preparação, antecipando a transição, são estratégias que causam grande impacto para a adaptação ao papel materno (ZAGONEL et al., 2003).

Assim, em condições de ajuste, pode surgir uma condição denominada pela NANDA (2008, p.219) como disposição para maternidade melhorada, compreendida como “um padrão de provimento de ambiente para os filhos ou outro (s) dependente (s) suficiente para apoiar o crescimento e desenvolvimento, e que pode ser reforçado.”

Mesmo em condições bastante adversas, a mulher pode desenvolver estratégias para prover um ambiente favorável ao crescimento e desenvolvimento dos filhos (GONTIJO, 2007).

Gontijo e Medeiros (2008) consideraram num estudo com adolescentes, que a maternidade para significou a possibilidade de se reconhecerem e serem reconhecidas pelas aptidões no papel materno, vislumbrando o resgate da autovalorização, pela formação do vínculo afetivo verdadeiro com o filho.

#### **4.1.8 – Processos familiares**

Neste conceito estão incluídos, entre outros diagnósticos: disposição para processos familiares melhorados e processos familiares interrompidos.

A NANDA (2008, p.145) define **processos familiares interrompidos** como: “Mudança nos relacionamentos e/ou funcionamento da família.”

Com o nascimento do filho a mulher e o homem assumem novos papéis, o de mãe e pai, respectivamente. O início da adaptação à maternidade manifesta nos pais sentimentos de incapacidade, confusão frente às novas atribuições, que os faz buscar apoio um no outro (ZAGONEL et al., 2003).

A maternidade é um processo de grande transformação existencial. Nas primeiras semanas de puerpério as mulheres enfrentam os grandes desafios, mesmo quando a maternidade foi planejada e aceita (GONÇALVES, 2000).

Ainda segundo Gonçalves (2000), na vivência do processo de maternidade a mulher dá sinais ao companheiro e àqueles que lhe são próximos, da necessidade de ajuda, mesmo que de forma não consciente. Ela demonstra por meio de seus sentimentos, e nem sempre esse pedido de ajuda é explícito, aparece, muitas vezes, sutilmente, nas falas e no comportamento da mulher.

A atitude da mulher, no papel materno, é influenciada por vários fatores: seu desenvolvimento, a identificação com a própria mãe, a aceitação do seu papel feminino e de mãe e suas experiências pessoais. A mulher somente alcança a transição quando ocorre a adaptação. Porém, esse processo nem sempre é tão simples e rápido, carece de recursos internos e externos, disponíveis ou não pela mulher, para ultrapassar os obstáculos e barreiras, que parecem intransponíveis, se realizado de maneira solitária (ZAGONEL et al., 2003).

A mulher incorpora as funções de cuidar e se responsabiliza pela criança ao perceber que ele nasceu. Apropria-se da nova situação, coloca-se como provedora de cuidados. Para dar conta de suas atribuições, divide o tempo disponível entre todas as atividades diárias, e, conseqüentemente, abre mão de certas atividades que exercia, ao assumir a tarefa de cuidar do filho. A mulher não abandona o ser que ela é, porque teve um filho, ela continua com suas preferências, desejos e necessidades. Ao vivenciar a maternidade ela parece estar privada de afeto, da sexualidade, do contato com o mundo, embora isso tudo faça parte das suas vontades. A relação da família sofre um impacto devido às modificações ocorridas nesse novo papel. As ligações com o marido, familiares e amigos experimentam transformações com a presença do filho recém-nascido (GONÇALVES, 2000).

Quando a família se ajusta a esta nova dinâmica volta-se para projetos de desenvolvimento de seus membros, criando um ambiente para o surgimento de um diagnóstico denominado pela NANDA (2008, p.147) como disposição para processos familiares melhorados, que é definido como: “padrão de funcionamento familiar que é suficiente para possibilitar o bem-estar dos membros da família e que pode ser reforçado.”

O domínio de enfrentamento/tolerância ao estresse é “lidar com eventos/processos da vida” (NANDA, 2008 p.302). Neste domínio estão incluídos, entre outros diagnósticos, a ansiedade e o medo.

#### 4.1.9 – Ansiedade

Dentre os estados psicológicos que acontecem, no puerpério, a ansiedade pode ocorrer frequentemente. NANDA (2008, p.32) conceitua **ansiedade** como um:

*“Vago e incômodo sentimento 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.”*

O sentimento de ansiedade é um subtipo de medo causado por situações que representa possibilidade de risco ou perigo, para a pessoa ou grupo social pertencente. É acompanhada por modificações somáticas, diante de qualquer estressor que, na imaginação, o ameace (SILVA, 1993; IN: PEDROSO; ROCHA; SILVA, 1993).

As apresentações somáticas podem ser atribuídas à estimulação do sistema nervoso autônomo e a conseqüente hiperatividade simpática: palpitações informadas pela pessoa, que incluem batimentos fortes ou acelerados; sudorese, diarreia; boca seca entre outras disfunções gastrointestinais; astenia; tontura; fadiga; alterações do apetite; perda de peso; sensações físicas inespecíficas e dores no corpo todo. Além dos sintomas somáticos a ansiedade também se manifesta por intermédio dos sintomas psíquicos. Incluem: medo, receio, tensão, desconforto, inquietude, irritabilidade, sensibilidade aumentada a estímulos da luz ou som e insônia; outro grupo abrange a redução da capacidade de concentração e diminuição da memória; eventualmente pode haver perturbação do julgamento (LÓPEZ, 1997).

A ansiedade, quando fisiológica ou normal, mobiliza defesas, produz reações homeostáticas que objetivam uma melhor adaptação da pessoa a contextos de um perigo antecipado. Porém, quando patológica, manifesta-se por um estado psíquico muito doloroso e desagradável de enorme temor, grande expectativa, grande tensão e vigilância exagerada. Tudo isso pode interferir na vida de modo debilitante,

diminuindo o rendimento intelectual e prejudicando relacionamentos interpessoais e com o meio ambiente, podendo limitar as funções biopsicossocial (SILVA, 1993 IN: PEDROSO; ROCHA; SILVA, 1993).

Além da distinção entre ansiedade normal e patológica é válida a diferenciação entre ansiedade-estado e traço. A ansiedade-estado é a condição emocional transitória ou situacional, caracterizada por estado subjetivo de tensão, associado ao aumento da atividade do sistema nervoso autônomo. Já, a ansiedade-traço é a tendência para ansiedade ou ansiedade em geral, refere-se a diferenças individuais. Reflete característica relativamente estável da pessoa, que reage com ansiedade, diante de situações consideradas ameaçadoras ou estressantes (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006).

Os sinais de ansiedade identificados no exame físico compreendem: palidez da pele e mucosas, redução do enchimento capilar, amplitude pequena do pulso periférico, extremidades úmidas e frias, sudorese, alterações músculoesquelético, como tremores nas mãos, dispnéia, sob modo taquipnéia ou respiração suspirosa (LÓPEZ, 1997).

Faisal-Cury e Menezes (2006) baseados no uso da escala de autoavaliação e não em critérios psiquiátricos para a classificação dos casos de ansiedade puerperal encontraram a prevalência de 44,8% para ansiedade-puerperal-estado, e 46,1% para ansiedade-puerperal-traço. Referiram que se tivessem usado critérios psiquiátricos, provavelmente teriam uma estimativa de transtorno de ansiedade bem menor.

Miller, Pallant e Negri (2006) avaliaram sintomas de angústia no pós-parto, como a depressão, ansiedade e estresse. Identificaram que 10% das mulheres tiveram sintomas de ansiedade e estresse sem depressão, 13% apresentaram sintomas de ansiedade em isolamento ou em combinação com depressão. Do total de mulheres 25% tiveram possibilidade de apresentar depressão. Evidenciaram a importância de não somente avaliar a depressão no pós-parto, mas também a ansiedade e o estresse como fatores psicológicos.

#### 4.1.10 – Medo

O sentimento de medo é uma reação muito desagradável que a pessoa vivencia quando se expõe a um perigo externo real e consciente que ameaça, de imediato, a sua autopreservação (SILVA, 1993; LOPEZ, 1997).

O medo, para Nina (1997, p.88) “é a ansiedade já vinculada a uma representação psíquica conhecida, que para o ansioso apresenta-se a fonte do seu sofrimento.” Geralmente, parece para o observador como irracional e sem motivos. O medo seria um estado evolutivo da ansiedade e da angústia, mas de forma mórbida, já que nestas duas não teria uma causa aparente para a pessoa que está sofrendo de ansiedade.

**Medo** como “Resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo” é o conceito dado pela NANDA (2008, p.185).

Vieira e Rossi (2000) encontraram este diagnóstico de enfermagem em mais de 50%, em puérperas que tinham seus filhos internados por prematuridade. O diagnóstico de medo foi caracterizado mediante a demonstração da capacidade de identificar as razões desse sentimento pelas puérperas. No caso deste estudo, as mães referiram o medo como a incerteza do que pode acontecer com a criança hospitalizada, e, ainda, a manifestação de sentimentos de apreensão como choro, tristeza e sentimento de culpa.

López (1997) coloca que a distinção entre ansiedade e medo é o menos importante, por defender que não existem diferenças nas respostas fisiológicas do organismo ao medo ou à ansiedade, se consideradas no seu sentido pontual. A diferença está em que o medo é a sensação desagradável de tensão e apreensão decorrentes de perigo imediato; e a ansiedade, geralmente está ligada a suposições de futuros perigos, sofrimentos ou dificuldades.

Quando se tornam mães as mulheres experienciam, de forma mais palpável, sobre o que sabem sobre o papel de ser mãe, função que lhe foi repassada desde sua infância, no convívio familiar. A responsabilidade pelo filho e o cuidado redobrado podem gerar sentimento de medo. Receiam não conseguir desempenhar o papel de mãe diante das atribuições maternas, tornando-se um desafio a darem o melhor de si, em função do filho, do companheiro e das tarefas diárias (STEFANELLO, 2005).

O domínio segurança/proteção inclui diagnósticos referentes a “estar livre de perigo, lesão física ou dano do sistema imunológico; preservação contra perdas; proteção da segurança e seguridade” (NANDA, 2008 p.304). Neste domínio, estão incluídos diagnósticos que envolvem os conceitos de infecção, integridade tissular, integridade da pele, entre outros.

#### 4.1.11 – Infecção

O “risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos” é denominado pela NANDA (2008, p.196) como **risco de infecção**.

De acordo com Neme (2005) infecção puerperal é a que ocorre depois do parto ou de aborto recente localizada nos órgãos genitais. Consideram-se como causas principais predisponentes: o parto cesáreo, rotura prematura das membranas, parto prolongado, toques vaginais repetidos, entre outras.

No estudo de Nomura, Alves e Zugaib (2004) foram analisados retrospectivamente 1.748 partos. Não constataram associações entre as complicações maternas e o tipo de parto. A pesquisa foi realizada na Clínica Obstétrica de um Hospital Universitário de Referência, para gestações de alto risco. Entre as complicações estudadas incluíram infecção puerperal, presente em 1,41% dos partos, representadas por: endometrite, histerectomia por infecção e a deiscência de cicatriz, necessitando de ressutura. Embora não tenham encontrado significância estatística na análise, os autores evidenciaram a endometrite em 0,41% nos casos de cesárea, 0,13% nos partos vaginais e, ainda, dois casos (0,20%) em que houve necessidade da realização de histerectomia, por infecção puerperal pós-cesárea.

Por outro lado, Ramos et al. (2003) num estudo retrospectivo de 20 anos (de 1980 e 1999), avaliaram 1544 óbitos maternos ocorridos naquele período, no Hospital das Clínicas de Porto Alegre (RS), um hospital universitário de referência para gestações de alto risco. Os autores verificaram que a infecção pós-parto cesáreo (16%) representa a segunda causa de mortalidade materna, entre as causas obstétricas diretas, e a primeira a hipertensão arterial (18,5%).

Outra causa que pode levar à infecção, no período puerperal, é o aumento do volume das mamas. As modificações fisiológicas para a lactação iniciam-se no período gestacional, e assumem aspectos muito elevados, dentro de 72 horas, após

o parto, fase que as mamas aumentam de volume rápida e intensamente, com distensão da pele, podendo ocasionar dor. Assim, no início da amamentação podem aparecer dificuldades e problemas como fissuras ao redor dos mamilos e das aréolas que favorecem a invasão dos micróbios na mama, o que poderá causar mastites. O agente microbiano mais frequente é *Staphylococcus aureus* e tem como achados clínicos a dor, sinais locais de infecção, sinais sistêmicos como febre associada a calafrios, mal-estar, prostração, podendo ter ou não abscessos (CUNNINGHAM et al., 2000; NEME, 2005).

Sales et al. (2000) em uma pesquisa sobre características clínicas e bacteriológicas da mastite, apresentaram como um dos fatores predisponentes o ingurgitamento mamário, 46% das pacientes apresentaram mamas ingurgitadas e 47% fissuras de mamilos, entre quinze e trinta dias após o parto, período de maior incidência da mastite. Das mulheres pesquisadas, 84% evoluíram para abscesso mamário por procurarem atendimento tardio. No estudo bacteriológico, 55% dos casos foram causados por *Staphylococcus aureus*. Concluíram que fatores como: baixa escolaridade, baixa renda, atividade familiar sem apoio, primiparidade e falta de orientação, no ciclo gravídico-puerperal, são fatores de risco para o aparecimento da mastite.

Deve ser considerado também episiotomia como fator de risco para a infecção puerperal. Segundo os *Centers for Disease Control* (CDC) as infecções do aparelho genital feminino incluem a infecção da episiotomia, do fundo de saco vaginal e outras do aparelho genital. Na avaliação de infecção localizada na episiotomia deve-se verificar, pelo menos, um dos critérios que são: drenagem purulenta da episiotomia e abscesso da episiotomia (BRASIL, 2003).

Vieira e Rossi (2000) encontraram risco de infecção, em mulheres no puerpério, com uma frequência igual ou superior a 50%. Este diagnóstico de enfermagem foi estabelecido com base na presença de fatores como a defesa primária insuficiente: solução de continuidade da pele (como laceração do períneo, cicatriz cirúrgica - episiorrafia ou cesárea); e a defesa secundária insuficiente (presença de hemoglobina ou hematócrito diminuídos). O fator de risco defesa primária insuficiente, considerada a presença de solução de continuidade da pele, apresentou-se em 91,4% das puérperas estudadas.

As infecções de feridas da região perineal, somando incisões de episiotomia e reparo de lacerações, são relativamente incomuns, considerando o grau de contaminação bacteriana durante o parto normal (CUNNINGHAM et al., 2000).

Costa, Ávila e Gonçalves (1998) avaliaram a eficiência de antibioticoterapia profilática, no parto vaginal ou abdominal, na prevenção da infecção puerperal e diante de um ou mais fatores de risco. As pacientes foram distribuídas em grupos de baixo, médio e alto risco para a infecção puerperal. Das 2.263 pacientes, 120 (5,3%) desenvolveram infecção puerperal. No grupo de baixo risco, com 552 pacientes, 17 (3,1%) evoluíram com infecção, destas, sete casos ocorreram na episiorrafia.

Na ocasião de deiscência, na episiorrafia, as bordas, da ferida ficam vermelhas e edemaciadas. As suturas comumente rompem os tecidos edemaciados, assim as bordas necróticas da ferida se separam, o que leva a uma exsudação de material seroso, sero-sanguíneo ou purulento. A ruptura ou deiscência da episiotomia está mais relacionada à infecção. Cujos sintomas mais frequentes são: dor local, disúria com ou sem retenção de urina (CUNNINGHAM et al., 2000).

A anemia ferropriva é muito comum na gestação, 45% das gestantes apresentaram valores sanguíneos de hemoglobina abaixo ou igual a 11 mg/dl (COSTA; BARROS, 1996), fator que deve ser prevenido ou controlado, durante a gestação, para evitar complicações, incluindo o risco de infecção, no parto e pós-parto (BARROS; COSTA, 1999).

A relação entre a eritropenia e/ou baixa de hemoglobina e as infecções é controversa. Afirma-se que baixa contagem de eritrócitos e hemoglobina decorrentes da anemia fisiológica provenientes da gestação e perdas sanguíneas do parto torna a pessoa menos resistente às infecções (SOUZA; BATISTA FILHO; FERREIRA, 2002). Porém, Cunningham et al. (2000) discutem que a anemia como fator que aumenta o risco de infecção não é conclusiva, pois a anemia ferropriva não amplia o risco de infecção. Na verdade, a transferrina, que está aumentada na anemia, parece ter ação antibactericida aumentada.

#### 4.1.12 – Integridade tissular

De acordo com NANDA (2008, p.176) a **integridade tissular prejudicada** é definida como: “Danos às membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos.”

No estudo de Vieira e Rossi (2000) o diagnóstico de enfermagem de integridade tissular prejudicada foi encontrado em 91,4% das mulheres estudadas (mães que tinham seus filhos internados por prematuridade), devido à presença de algum tipo de solução de continuidade da pele como: laceração do períneo, cicatriz cirúrgica - episiorrafia ou cesárea.

Durante o parto, mesmo nos partos e trabalhos de partos normais, a lesão perineal é um dos traumas que pode ocorrer, isso em função de lacerações perineais espontâneas ou de episiotomia. As lacerações perineais é frequente, principalmente em primíparas (BRASIL, 2001a).

As lacerações vaginais e do períneo são classificadas, de acordo com Cunningham et al. (2000), como: primeiro, segundo, terceiro ou quarto grau. As de primeiro grau envolvem a fúrcula, pele do períneo e a mucosa vaginal. As de segundo grau abrangem além da pele e da mucosa, a fáscia e os músculos do corpo do períneo. Esses tipos de lacerações podem se alongar para cima ou de um ou dois lados da vagina, originando uma lesão irregular em forma de triângulo. As lacerações de terceiro grau prolongam-se através da pele, mucosa e corpo do períneo e abrangem o esfíncter anal. Já as de quarto grau estendem-se pela mucosa retal expondo a luz do reto.

Lacerações de primeiro grau nem sempre precisam de sutura, as de segundo, geralmente podem ser suturadas com analgesia local, e em geral cicatrizam sem complicações (BRASIL, 2001a).

A ocorrência de lacerações perineais depende de diversos fatores, que podem estar relacionados às condições maternas, fetais, ao parto em si e à própria episiotomia, amplamente utilizada para evitar lacerações na região, o que constitui um trauma perineal, por vezes, mais severo que as lacerações espontâneas (SCARABOTTO; RIESCO, 2006).

As mulheres negras têm menos chance de ter lacerações de segundo grau ou maiores e duas vezes mais chances de terem seus períneos intactos no parto (HOWARD et al., 2000). Scarabotto, Riesco (2006) descreveram maior prevalência

de lacerações em mulheres brancas. Os resultados confirmaram que fatores constitucionais e assistenciais da parturiente, recém-nascido e parto em si – altura perineal, duração do período expulsivo, tipo de puxo, variedade de posição no desprendimento cefálico, circular de cordão umbilical e peso do recém-nascido – não interferem na ocorrência ou grau de laceração perineal no parto normal.

Os tecidos atingidos na episiotomia médio-lateral são: pele, mucosa vaginal, aponeurose superficial do períneo e às vezes as fibras internas do elevador do ânus. A perineotomia atinge a pele, a mucosa vaginal e as fáscias superficiais e profundas do períneo (NEME, 2005).

Outro procedimento que leva à integridade tissular prejudicada é o parto por via abdominal. O médico obstetra faz uma abertura transversal da pele e do tecido conjuntivo frouxo, subcutâneo, com uma incisão pouco encurvada em torno de 10 a 12 cm, próxima do pube e das espinhas ilíacas. A ferida se abre mais, espontaneamente, pela própria distensão abdominal. Depois, a aponeurose é bem descolada; os músculos retos são afastados por divulsão; abre-se o peritônio parietal com incisão longitudinal; realiza-se a histerotomia para extração do feto e secundamento. Por último é feito fechamento com suturas das camadas da cirurgia (REZENDE, 2005).

#### 4.1.13 – Integridade da pele

A pele é uma membrana constituída por duas camadas: a epiderme e a derme. Ela reveste a superfície externa corporal, e que continua com as membranas dos orifícios e cavidades. Manutenção da integridade corporal, proteção contra agressões externas, absorção e excreção de líquidos, regulação da temperatura, absorção de luz ultravioleta, metabolismo de vitamina D, detecção de estímulos sensoriais, barreira contra microorganismos e papel estético; estão entre as várias funções da pele (ABREU; MARQUES, 2003).

O **diagnóstico integridade da pele prejudicada** é conceituado como: “Epiderme e/ou derme alteradas” (NANDA, 2008 p.174) e o de **risco de integridade da pele prejudicada** como: “Estar em risco de a pele ser alterada de forma adversa” (NANDA, 2008, p.175).

As mamas apresentam no revestimento cutâneo da zona central, área circular hiperpigmentada, denominada aréola, com pequena saliência mediana, a papila ou

mamilo. Este último é uma proeminência de forma “cilindro-cônica”, quase sempre na altura do quarto espaço intercostal. Pode ser de coloração castanho claro, castanho escuro, rosa ou negra. É sensível, pois é muito inervado, contendo pequenas aberturas dos ductos lactíferos dos respectivos lobos mamários. Externamente, é revestido por um epitélio estratificado, queratinizado. A estrutura do mamilo é formada por fibras circulares e longitudinais, o que permite sua protrusão frente a um estímulo, como por exemplo: o ato de sucção (SMS-RP/NALMA, 1998).

As primeiras duas semanas de amamentação pode ser uma fase muito difícil, principalmente para as mães que amamentam pela primeira vez (BRASIL, 2001b).

No início do aleitamento materno é comum que a maioria das mulheres sintam uma leve dor ou desconforto, no início das mamadas. No entanto, mamilos muito dolorosos e machucados não são normais, embora frequentes (GIUGLIANI, 2004). O trauma mamilar é uma solução de continuidade e/ou alteração do tecido mamilar, causado geralmente pela aplicação de força inadequada (SMS-RP/NALMA, 1998). Incluem eritema, edema, fissuras, bolhas, "marcas" brancas, amarelas ou escuras e equimoses (GIUGLIANI, 2004).

No que se refere à integridade, o mamilo é considerado íntegro quando não há solução de continuidade, portanto, tem sua estrutura completa; fissurado, quando apresenta uma solução de continuidade, tipo fenda, com comprometimento da epiderme ou da derme, com localização na junção mamilo-areolar e/ou na superfície do mamilo, geralmente em forma horizontal ou curva; com escoriação, quando tem a epiderme levantada, parte da derme fica descoberta aspecto de “esfolado”. Esse trauma ocorre no quadrante superior externo do mamilo, porque nesta área incide a força da mandíbula, no ato da sucção. O formato da lesão, em meia lua, pode ser explicado devido ao atrito da gengiva na superfície do mamilo; com erosão, tem desgastes da superfície, ou remoção de toda sua epiderme ou derme, ocasionando dor intensa, durante o período de amamentação. A movimentação do mamilo, em atrito com a gengiva da criança, provoca trauma; com dilaceração o mamilo apresenta-se aberto na região areolar, geralmente sua causa é pelo uso da “bomba de leite”, por grande pressão negativa, e finalmente, o mamilo com vesículas caracterizado por vesículas inteiras ou rompidas, devido à diminuição da circulação local, com conseqüente fragilidade capilar e exsudato (SMS-RP/NALMA, 1998).

Giugliani (2004) informa que os traumas mamilares instalados são muito doloridos, e frequentemente, funcionam como porta de entrada para bactérias.

Assim, deve-se corrigir a causa que está levando a dor no mamilo. Na maioria das vezes é má pega da criança ao amamentar. É preciso intervenções o mais rápido possível, para alívio da dor e cicatrização das lesões.

Sinais indicativos de que a criança está em má posição, na amamentação, incluem o distanciamento da criança do corpo da mãe, quando seu queixo não está encostado na mama, sua boca parece fechada, grande parte da aréola pode aparecer, especialmente abaixo do lábio inferior, a criança ingere pequenos goles muito rapidamente, faz manha ou recusa a mama porque não consegue leite suficiente, e a mãe pode sentir dor no mamilo (BRASIL, 2001b).

Ao contrário, quando a criança está em uma boa posição, durante a amamentação, todo do seu corpo está encostado no da mãe e de frente para ela, o seu rosto perto da mama, o queixo está encostado na mama, com a boca bem aberta, o lábio inferior da criança está virado para fora, a maior parte da aréola aparece acima do lábio superior da criança e a menor aparece por baixo do lábio inferior, pode-se ver e ouvir a criança engolir lenta e profundamente, ela fica relaxada e satisfeita ao fim da mamada. A mãe não sente dor no mamilo (BRASIL, 2001b).

Deve-se preparar a mulher para a amamentação na gestação, antes do trauma mamilar já instalado, de uma maneira que favoreça o posicionamento adequado do mamilo, dentro da boca da criança, evitando-se assim o aparecimento de lesões, que podem ser muito dolorosas (WEIGERT et al., 2005).

O domínio conforto inclui diagnósticos referentes à “sensação de bem-estar ou conforto mental, físico ou social” (NANDA, 2008 p.305). Neste domínio, estão incluídos diagnósticos que envolvem o conceito de dor aguda, entre outros.

#### **4.1.14 – Dor**

Dor aguda ou fisiológica resulta da estimulação nociva intensa, bem situada e transitória, quando não ocorre dano tecidual. Tem como papel principal informar o corpo sobre o potencial, e inicia respostas reflexas de retirada do segmento corporal da fonte de estímulo nocivo (ANDRADE FILHO, 2001).

A definição que NANDA (2008 p.111) traz sobre **dor aguda** é:

*“Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração menos de seis meses.”*

O que a diferencia a dor aguda da dor crônica é que a aguda possui uma função adaptativa e biologicamente proveitosa. Ela é uma consequência sensorial imediata da ativação do sistema nociceptivo. É um sinal de alarme provocado pelos sistemas protetores do indivíduo. Sua duração deve coincidir com o tempo de cicatrização, reparação e cura da lesão. Tem implicações sensoriais, emocionais, cognitivas e físicas. Manifesta-se como um padrão de comportamento (BRAUN FILHO; BRAUN, 2004). Usualmente, a dor aguda diminui em menos de seis meses, em geral em menos de um mês, à medida que ocorre a cura (SMELZER; BARE, 2000). Relacionado ao dano tecidual potencial ou de fato, a dor é uma das mais complexas e importantes vivências do ser humano (ANDRADE FILHO, 2001).

Existem dois componentes que, associados, originam a percepção final da dor, são eles: o nociceptivo ou sensorial que abrange a sensação dolorosa, e é consequência da transmissão dos estímulos lesivos pelas vias nervosas até o córtex cerebral; e o afetivo ou reativo que dá forma ao denominado sofrimento junto a dor (BRAUN FILHO; BRAUN, 2004). Fatores emocionais e mentais podem influenciar a percepção da pessoa em relação à dor e experiências anteriores. A cultura e a etnia interferem no modo pelo qual a pessoa responde à dor – como é descrita ou como se comporta em resposta à dor, porém, a sua percepção não é afetada pela cultura e etnia (SMELZER; BARE, 2000).

Um procedimento realizado no parto e que pode causar dor, no período puerperal, é a episiotomia. Usada como rotina, desde meados do século XX, para facilitar o nascimento e preservar a integridade genital da mulher (DINIZ; CHACHAM, 2006). A episiotomia pode ser lateral, médio-lateral e mediana, neste caso denominada de perineotomia. A mais realizada é a médio-lateral e também a mais comum na dor pós-operatório (CUNNIGHAM, 2000).

Em estudo realizado com puérperas primíparas 62,3% queixaram dor moderada, na episiotomia. Reportam que as atividades como: sentar, caminhar, defecar e urinar são seguidas de dor devido à episiotomia (READING et al., 1982).

Outro evento que pode ocorrer no parto ligado à dor aguda é a laceração perineal. Harrison et al. (1984) estudaram a dor entre mulheres com episiotomia

comparadas àquelas com laceração de segundo grau. Houve um padrão semelhante à dor, variável de intenso para moderado no quarto dia de pós-parto. Não houve diferença significativa na comparação entre puérperas que sofreram episiotomia e as que sofreram lacerações de segundo grau.

Klein et al. (1994) caracterizaram a dor referida por mulheres em relação à intensidade dos traumatismos do períneo. Observaram que a dor num período de três meses, após o parto, era menor em mulheres com lacerações espontâneas do que as que receberam episiotomia. Sobre o uso de analgésicos observaram que a frequência ocorreu em ordem crescente, respectivamente, no períneo íntegro, laceração espontânea, episiotomia e lacerações de terceiro e quarto graus.

Althabe, Belizán e Bergel (2002) estudaram a ocorrência da episiotomia em primíparas, em 122 hospitais, de 16 países da América Latina, entre o ano de 1995 e 1998, e encontraram uma taxa mediana global de 92,3%, e as taxas medianas, por país, variaram entre 69,2% e 96,2%. No Brasil a média foi de 94,2%.

Várias intercorrências mamárias, durante a amamentação, podem ocasionar dor e desconforto à mulher e até mesmo levar ao desmame precoce (SALES et al., 2000; GIUGLIANI, 2004). As mais comuns são: o ingurgitamento mamário, traumas mamilares e a mastite (SMS-RP/NALMA, 1998).

O ingurgitamento mamário possui componentes básicos: congestão/aumento da vascularização, acúmulo de leite e edema decorrentes da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático. O ingurgitamento pode ser fisiológico ou patológico. O primeiro é discreto e representa um sinal de apojadura (presença da “descida” de leite) e não requer intervenção (GIUGLIANI, 2004).

No ingurgitamento patológico, a distensão tecidual é excessiva, causa grande desconforto, pode ser acompanhado de febre e mal-estar (CUNNINGHAM et al., 2000). A mama encontra-se aumentada, dolorosa, com áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega da criança, e o leite, muitas vezes não flui com facilidade, impedindo o esvaziamento adequado da mama, o que piora o ingurgitamento e a dor. Ocorre com mais frequência em torno do terceiro ao quinto dia, após o parto (GIUGLIANI, 2004; SMS-RP/NALMA, 1998), e geralmente está associado a um dos seguintes fatores: início tardio da amamentação, mamadas esporádicas, restrição da duração e frequência das mamadas, uso de suplementos e sucção ineficaz da criança (GIUGLIANI, 2004).

Coca (2005) afirmou que puérperas com mamas túrgidas ou ingurgitadas apresentaram lesão mamilar duas vezes ou mais quando comparadas às que não estavam com mamas túrgidas. O trauma mamilar é definido como uma solução de continuidade e/ou alteração do tecido mamilar, causado geralmente pela aplicação de força inadequada (SMS-RP/NALMA, 1998).

Alguns fatores são apontados como riscos significativos para o surgimento do trauma mamilar, no puerpério: a ausência do companheiro, primiparidade, mamas túrgidas e ingurgitadas, mamilos semiprotrusos e malformados e despigmentação da região mamilo-areolar. A amamentação, na primeira hora de vida da criança, é um fator de risco significativo para a ocorrência da lesão. Esta prática deve ser estimulada apenas com a supervisão de um profissional da saúde (COCA, 2005).

Outro problema causador de dor é a mastite, processo infeccioso, geralmente unilateral, com dor contínua, que aumenta a palpação (SMS-RP/NALMA, 1998).

No estudo de Sales et al. (2000) realizado, numa amostra, com mulheres encaminhadas para atendimento, devido a intercorrências na amamentação, 79% das pacientes estudadas apresentaram mastite nas primeiras oito semanas após o parto, e todas chegaram ao serviço de atendimento com a mastite instalada. Apesar do pré-natal ter sido realizado por 90% das pacientes, 50% informaram que suas mamas não foram examinadas e não receberam qualquer orientação sobre aleitamento materno.

Devido ao desconforto e à dor, muitas mulheres desmamam precocemente, se não forem adequadamente orientadas e apoiadas (SALES et al., 2000).

Estudo de Duffy, Percival e Kershaw (1997) aponta que a melhora da técnica da amamentação resulta em redução da dor e lesões mamilares. Estes autores indicaram que as mulheres que participaram do grupo educativo no pré-natal, sobre aleitamento materno, tiveram melhor pega da criança na mama, menos dor no mamilo e trauma em comparação ao grupo controle.

## **5 – METODOLOGIA**

A presente pesquisa constitui-se em um estudo descritivo transversal, de abordagem quantitativa.

### **5.1 – Local**

O cenário do estudo envolveu a área de abrangência do Distrito Sanitário Leste, onde as equipes de Saúde da Família atuam, situada na região leste do município de Goiânia - GO. A escolha do local deveu-se à acessibilidade e contato prévio da pesquisadora junto à população, residente na área, onde exerceu atividades como professora universitária, atuando junto à algumas equipes de Saúde da Família desta área.

Quinze equipes de Saúde da Família trabalham na vasta área de abrangência da Região Leste, na qual geograficamente, cujas unidades de saúde, que se constituem centros de saúde escola, para o exercício de aulas-práticas/estágios supervisionados dos alunos, dos diversos cursos da área da saúde, da Universidade Federal de Goiás. Ressalta-se que a referida Universidade mantém convênio firmado com a Secretaria Municipal de Saúde.

Esta regional possui 47 bairros com uma população total estimada em 121.662 habitantes pelo último censo de 2000, sendo o número de nascidos vivos em 2006, igual a 1.800, o que corresponde em média a 150 nascimentos/ mês (IBGE, 2000). A Estratégia de Saúde da Família está implantada na região, cobrindo em torno de 30% da população pelas 15 equipes de Saúde da Família (03 equipes, no Bairro Dom Fernando, 03, na Vila Pedroso, 03, no Bairro Santo Hilário, 03, no Recanto das Minas Gerais e 03, no Parque das Amendoeiras).

### **5.2 – População e amostra**

Os critérios de inclusão, para a participação desta pesquisa, foram: mulheres que estavam no puerpério imediato ou tardio, com criança viva, residentes na Região Leste, independente da escolaridade, da renda, do estado civil, do tipo de parto e da paridade.

Foram adotados como critérios de exclusão: idade inferior a dezoito anos (devido a necessidade de autorização dos responsáveis para a realização da pesquisa); apresentação de diagnóstico médico de transtorno cognitivo ou psiquiátrico, que comprometesse a capacidade de autodeterminação.

Foi definida uma amostra não probabilística, estratificada, de 40 participantes, por conveniência.

Estabeleceu-se como subgrupos de interesse mulheres com 2 a 15 dias; 16 a 30; 31 a 45 dias de pós-parto. O primeiro período da divisão (2 a 15 dias) é o momento em que acontecem as maiores modificações fisiológicas das mamas, que aumentam de volume com distensão da pele, ocorre mais visivelmente o retorno uterino à posição abdominal, observa-se os *lochia rubra*. Os primeiros 15 dias constituem o momento em que podem ocorrer mais problemas com as mamas, como o ingurgitamento. No período de 16 a 30 dias a puérpera retorna as atividades da casa. Entre 31 e 45 dias, os sintomas de depressão pós-parto geralmente podem aparecer. Neste intervalo precisam definir o melhor método contraceptivo, e caso sejam trabalhadoras autônomas, retornam ao trabalho extradomiciliar.

### **5.3 – Instrumento de coleta de dados**

Elaborou-se o instrumento de coleta de dados a partir das características definidoras e fatores relacionados/fatores de risco dos diagnósticos de interesse, da Taxonomia II da NANDA (2008). Realizou-se busca, na literatura, acerca dos parâmetros de avaliação de cada item e consultou-se três profissionais experientes da área, duas com experiência em obstetrícia e uma em diagnóstico de enfermagem.

A coleta de dados incluiu procedimentos de entrevista, exame físico e observação. Optou-se por organizar o roteiro de coleta de dados de modo estruturado, colocando-se na primeira coluna à esquerda, o título do diagnóstico, características definidoras e fatores relacionados/fatores de risco, e na coluna da direita os respectivos parâmetros de avaliação (Apêndice A).

### **5.4 – Procedimento de coleta de dados**

Realizaram contatos prévios com todas as equipes de Saúde da Família para apresentação da proposta e finalidade da pesquisa, solicitação da relação de gestantes no último mês de gestação e puérperas, pré-seleção segundo os critérios

de inclusão, além de agendamento das visitas domiciliares com o agente comunitário de saúde (ACS).

Assim, no caso de contato ainda como gestante, a participante foi abordada por meio de uma visita domiciliária, para apresentação da proposta da pesquisa. Em caso de aceite, procedeu-se a leitura do termo de consentimento e certificação do entendimento adequado das participantes. Agendou-se o recolhimento do termo devidamente assinado em dois a três dias, após esse primeiro encontro, considerando-se este evento como o aceite efetivo da gestante, para ser incluída no estudo. Solicitou-se que ela telefonasse, a cobrar, para a pesquisadora, quando estivesse em casa, logo após a alta hospitalar. Esse comunicado poderia ser realizado pela própria mulher, seus familiares, pela enfermeira ou o ACS responsável pela área em que residia.

No caso do contato para abordagem acerca da participação da pesquisa ocorrer já no puerpério, adotou-se os mesmos procedimentos, sendo a visita domiciliária agendada previamente pelo ACS, que verificava o interesse da puérpera, em participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada no domicílio da puérpera, entre os meses de fevereiro e maio de 2008, com duração de duas horas cada visita. Empregou-se a consulta de enfermagem para a qual se utilizaram procedimentos de entrevista, exame físico e observação. Neste período, a puérpera esteve livre para prestar cuidados à criança, que envolviam amamentação, troca de fraldas, que foram incluídos na observação, uma vez que eram objeto de interesse da pesquisa. Durante o procedimento de coleta de dados, providências foram tomadas para não interferir nos cuidados à criança, ou ser um transtorno para as demais atividades a cargo da puérpera. Estes procedimentos buscavam proporcionar às puérperas a tranquilidade e disponibilidade necessárias para a sua participação efetiva.

### **5.5 – Aspectos éticos**

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Protocolo nº 185/07).

Iniciou-se a coleta de dados, junto à mulheres, após ter sido lido e assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice B), conforme prevê a Resolução 196/96, do CNS, que visa assegurar os direitos do sujeito em participar

da pesquisa sem danos ou prejuízos, proporcionando-lhe autonomia diante do estudo, confidencialidade nos dados e respeito à sua dignidade.

Embora não faça parte dos objetivos da pesquisa, em função da responsabilidade social da pesquisadora, no encontro com as mulheres, na consulta de enfermagem, após a identificação dos diagnósticos de enfermagem presentes na situação, foram realizadas intervenção profissional necessária e encaminhamentos cabíveis para o enfermeiro e o médico da equipe local, para atendimento. Este constituiu o benefício direto da participação das mulheres, na pesquisa.

## 5.6 – Análise dos dados

Durante a coleta de dados preencheu-se o roteiro, e realizou-se o raciocínio diagnóstico, que culminou com o julgamento clínico da presença ou não de cada um dos diagnósticos estudados. Este julgamento clínico foi posteriormente revisado por duas doutoras em enfermagem, sendo uma *expert* em diagnóstico de enfermagem e outra em enfermagem obstétrica. Adotou-se a Taxonomia II da NANDA (2008) para afirmação diagnóstica e, quando necessário, realizaram-se modificações ou acréscimos de termos, destacados em itálico. Este tipo de procedimento, isto é, incluir modificações ou ajustes a Taxonomia de diagnósticos da NANDA (2008) tem sido realizado por outros pesquisadores (BRITO, 2007; MONTEFUSCO; BACHION; NAKATANI, 2008) com o propósito de melhorar a capacidade da classificação de diagnósticos, para descrever as respostas humanas identificadas.

Na apresentação dos resultados dos diagnósticos de enfermagem, os que foram considerados de bem-estar e de promoção à saúde foram unificados na categoria de bem-estar para favorecer procedimentos de análise dos resultados.

Realizou-se a análise de dados mediante procedimentos de estatística descritiva (frequências simples e percentual) e medidas de tendência central (média, mediana, moda) e medidas de dispersão (variação e desvio padrão), dos diagnósticos de enfermagem da NANDA (2008), identificados nas participantes, bem como os fatores relacionados e características definidoras.

Para análise do número de diagnósticos de enfermagem em relação às variáveis de interesse, foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para isto, a soma total dos diagnósticos foi comparada em todos os grupos formados, pela dicotomização das variáveis. Por se tratar de diagnósticos de diferentes naturezas - real, risco e de bem-estar – considerou-se valor 0 para as variáveis que representavam ausência de

problema, assim, os diagnósticos de bem-estar também receberam esta codificação; e valor 1 para as variáveis que representavam problema ou risco.

Para análise da relação, entre cada diagnóstico de enfermagem identificado (variável nominal dicotômica) e as variáveis de interesse, foi realizada primeiramente a recodificação das variáveis numéricas, para que todas se configurassem em nominais (dicotômicas ou não). Após este procedimento, utilizou-se o teste qui-quadrado e suas variações.

Foi elaborado um banco de dados no software *Statistical Package of Social Sciences for Windows®*, versão 16.0, o qual permitiu a realização dos testes estatísticos.

Foram consideradas estatisticamente significantes diferenças menores ou iguais a 5% ( $p \leq 0,05$ ).

Utilizou-se ainda análise de segmentação (análise de cluster), com finalidade de identificar as puérperas com perfis semelhantes de diagnósticos de enfermagem.

## **6 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **6.1 – Caracterização dos sujeitos**

Foram avaliadas 40 puérperas com idade entre 18 e 35 anos, predominando a faixa etária de 21 a 25 anos (37,5%), sendo a média de 26,1 anos e a mediana de 27 anos, conforme mostra a tabela 1. A cor autorreferida predominante foi a parda (65%). Em relação ao estado civil houve predominância de situações que caracterizam a presença de parceiros (82,5%), ou seja, casamento e união consensual. As solteiras (17,5%) foram minoria.

Camacho et al. (2006) consideraram que o estado civil solteira, entre outros, é fator psicossocial de risco para transtornos psiquiátricos maiores no puerpério, pela falta de apoio do parceiro e pela cobrança familiar.

No entanto, as puérperas solteiras presente na pesquisa, continuam tendo como principal fonte de apoio financeiro e emocional seus pais. As mães ajudam nos cuidados com a criança e afazeres domésticos e os pais como mantenedores do lar.

A escolaridade mostrou-se bastante diversificada, não sendo encontradas puérperas analfabetas. Contudo, é visível a situação de baixa escolaridade, pois 47,5% apresentaram ensino fundamental incompleto e 52,5% apresentaram no mínimo, ensino fundamental completo.

As puérperas, desta amostra, estavam predominantemente fora do mercado de trabalho formal, sendo 22 delas (55%) do lar, e nove (22,5%) autônomas, envolvidas com atividades laborais informais. Outras ocupações foram identificadas, tais como: auxiliar de produção, auxiliar de serviços gerais, auxiliar de cozinha, jardineira, operadora de caixa, vendedora e doméstica.

Quanto à moradia, a maioria dispunha de casa própria (60%). A renda familiar variou de 1 a 2 (32,5%) ou 3 a 4 (42,5%) salários mínimos.

Nas famílias em que as puérperas eram do lar, a renda familiar ficava por conta da figura masculina na pessoa de marido/companheiro ou pai.

**Tabela 1:** Distribuição de puérperas (N=40) segundo a idade, cor autorreferida, estado civil, escolaridade, ocupação, tipo de moradia, renda familiar, número de moradores e renda per capita. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Características sociodemográficas		n	%
Idade	18-20	04	10,0
	21-25	15	37,5
	36-30	11	27,5
	31-35	10	25,0
Cor autorreferida	Branca	10	25,0
	Parda	26	65,0
	Negra	04	10,0
Estado civil	Casada	22	55,0
	União consensual	11	27,5
	Solteira	07	17,5
Escolaridade	Não-alfabetizada	--	--
	Fundamental incompleto	19	47,5
	Fundamental completo	04	10,0
	Médio incompleto	03	7,5
	Médio completo	11	27,5
	Superior incompleto	02	5,0
Ocupação	Superior completo	01	2,5
	Do lar	22	55,0
	Autônoma	09	22,5
Tipo de moradia	Outras	09	22,5
	Própria	24	60,0
	Alugada	10	25,0
Renda familiar em salário mínimo <sup>3</sup>	Cedida	06	15,0
	Sem renda	01	2,5
	Até 1	05	12,5
	1 a 2	13	32,5
	3 a 4	17	42,5
Número de moradores	+ 4	04	10,0
	1 a 2	01	2,5
	3 a 4	22	55,0
	5 a 6	13	32,5
	7 a 8	02	5,0
Renda per capita em reais	+ 8	02	5,0
	0	1	2,5
	<100	06	15,0
	≥100 e <200	11	27,5
	≥200 e <300	14	35,0
	≥300 e <400	04	10,0
≥400	04	10,0	

O número de pessoas residentes no domicílio se compunha de 3 a 4 (55%), sendo constituído, geralmente, pela puérpera, o companheiro, um ou dois filhos.

<sup>3</sup> Valor do salário mínimo vigente no período igual a R\$380,00.

Este perfil de composição e renda familiar mostram a média de renda per capita, na maioria das vezes, entre cem e menos de trezentos reais.

Em síntese, pode-se caracterizar a amostra como sendo de puérperas jovens e adultas, que dispõem de companheiro estável, baixa renda, casa própria, envolvidas com trabalhos domésticos, com uma expressiva baixa escolaridade.

Quanto à caracterização obstétrica, a predominância entre as puérperas foi de parto cesáreo (65%), conforme mostra a tabela 2.

**Tabela 2:** Distribuição de puérperas (N=40) em relação a dias de puerpério, paridade, tipo de parto, instituição, início do pré-natal, número de consultas de pré-natal, idade gestacional em semanas da criança no parto, intercorrências na gestação. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Características obstétricas		n	%
Dias de puerpério	1 até 15	18	45,0
	16 a 30	11	27,5
	31 a 45	11	27,5
Paridade	01	11	27,5
	02	17	42,5
	03 ou +	12	30,0
Tipo de parto	Normal	14	35,0
	Cesáreo	26	65,0
Instituição	Pública	21	52,5
	Convênio ou particular	19	47,5
Início do pré-natal	1º trimestre	32	80,0
	2º trimestre	06	15,0
	3º trimestre	02	5,0
Número de consultas	Até 5	08	20,0
	6 a 8	25	62,5
	9 ou mais	07	17,5
Idade gestacional em semanas da criança no parto	≥ 37	36	90,0
	< 37	04	10,0
Intercorrências na gestação	Infecção no trato urinário (ITU)	09	22,5
	Prurido vaginal	04	10,0
	ITU+ corrimento vaginal	03	7,5
	ITU + corrimento vaginal+ prurido vaginal	01	2,5
	Outras	09	22,5
	Nenhuma	14	35,0

Este quadro reflete a realidade do município que é um dos campeões em índice de cesárea, no Brasil. Segundo os dados mais atuais disponíveis, em 2005, no Sistema Público de Saúde do Brasil a taxa de cesáreas foi de 43,3% e a de Goiânia 61,3% (BRASIL/DATASUS, 2007). Segundo informações obtidas, na Secretaria Municipal de Saúde, em Goiânia, este percentual foi de 62,6%, em 2006.

Esta taxa sobrepõe, de forma alarmante, à preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que desde 1985, determina que o índice de cesárea não ultrapasse 15%, em qualquer país (WHO, 1985).

Nesta amostra 65%, das puérperas tiveram parto cesáreo, 52,5% em instituição pública de saúde e 47,5% em instituição privada ou conveniada com plano de saúde suplementar. Porém, o que chama atenção é que nas instituições privadas ou conveniadas, com plano de saúde suplementar, 89,5% dos partos foram cesáreos e nas públicas 42,9%.

Uma das possibilidades que contribuiria para redução destes índices é o maior investimento no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que, dentre várias propostas, incentiva as mulheres a serem mais ativas no seu processo de parturição e uma assistência baseada em evidência científica para que procedimentos invasivos não aconteçam, desnecessariamente.

Outro eixo de ação seria investigar os motivos que levam as mulheres a desejarem o parto cesáreo, e planejar e implementar ações para reverter este quadro.

A maioria das puérperas (70%) tinham até dois filhos, sendo que nas entrevistas de coleta de dados 37,5% referiram gravidez planejada. Este contexto denota a tendência da população, em geral, que é de 2,39 filhos, a partir de 2000, segundo dados do censo demográfico (IBGE, 2000).

Esta tabela permite ainda visualizar que a maioria das mulheres (80%) buscou assistência pré-natal no primeiro trimestre de gestação, fizeram, no mínimo, seis consultas (80%), o que é recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Predominou entre as puérperas o nascimento de filho a termo (idade gestacional acima de 37 semanas), em 90%.

Observou-se um número preocupante de relatos de infecções no trato geniturinário, entre as quais infecção no trato urinário (ITU), corrimentos vaginais e pruridos vaginais. Entre as puérperas 32,5% alegaram infecção no trato urinário, durante a gestação, algumas (7,5%) informaram não receber tratamento medicamentoso em tempo hábil, antes do parto, destas 10% tiveram simultaneamente corrimentos vaginais e pruridos vaginais, que foram tratadas.

Tais doenças podem favorecer o parto prematuro (CUNNINGHAM et al., 2000; MARCOLINO, ANDRADE, 2008). Dos 04 partos que ocorreram com idade

gestacional abaixo de 37 semanas, duas puérperas relataram ITU e/ou corrimento vaginal, durante a gestação.

Foram identificados relatos de outras intercorrências na gestação, tais como: doenças hipertensivas específicas da gravidez (DHEG), anemia, infecção intestinal, polihidramnio, placenta prévia, papilomavirus humano (HPV).

Com base nesta caracterização obstétrica (dias de puerpério, paridade, tipo de parto, instituição, início do pré-natal, número de consultas de pré-natal, idade gestacional em semanas da criança no parto, intercorrências na gestação), pode-se dizer que a gravidez para a maioria destas puérperas foi de baixo risco (ou risco habitual).

Quanto às respostas humanas investigadas, este grupo apresentou 24 dos 26 diagnósticos de enfermagem pesquisados, e mostrou indícios de duas respostas humanas ainda não contempladas na Taxonomia de NANDA (2008), que são apresentadas e consideradas no âmbito desta pesquisa como dois novos diagnósticos de enfermagem.

## **6.2 – Diagnósticos de enfermagem identificados**

Serão apresentados e analisados os diagnósticos de enfermagem de interesse, identificados nas 40 puérperas, com detalhamentos dos fatores relacionados ou de risco e as características definidoras. Foram identificadas 26 diferentes categorias diagnósticas de enfermagem, na amostra, com um total de 521 afirmativas diagnósticas, entre as quais 266 envolviam descrição de problemas reais, 168 referiam risco para desenvolvimento de algum problema e 87 situações de bem-estar/promoção da saúde.

O número total de diagnósticos apresentados, considerando-se cada uma das puérperas, variou de 08 a 16. A média de diagnósticos foi de 13 ( $\pm 2$ ) por puérpera, a moda de 13 diagnósticos e a mediana de 15. Considerando-se os diagnósticos reais, o número de categorias apresentado pelas puérperas variou de 1 a 13, sendo a média de 6,65 ( $\pm 2,65$ ) por puérpera, a moda de 7 diagnósticos e a mediana de 7. Em relação aos diagnósticos de risco, o número de categorias apresentado pelas puérperas variou de 1 a 6, sendo que a média foi de 4,20 ( $\pm 1,09$ ) por puérpera, a moda de 4 diagnósticos e a mediana de 4. Finalmente, considerando os diagnósticos de bem-estar, o número de categorias apresentado pelas puérperas

variou de 0 a 4, sendo a média de 2,17 ( $\pm 1,17$ ) por puérpera, a moda de 1 diagnósticos e a mediana de 2.

Os títulos de diagnósticos identificados, podem ser visto na tabela 3.

**Tabela 3:** Diagnósticos de enfermagem em conceitos diagnósticos identificados em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Conceito diagnóstico de enfermagem	f	%
<b>-Conhecimento</b>		
Conhecimento deficiente sobre: ordenha e/ou armazenamento de leite materno e/ou cuidados com a criança e/ou cuidado com as mamas e/ou alimentação materna e/ou cuidados com incisão cirúrgica abdominal ou perineal ou laceração	40	100,0
<b>-Amamentação</b>		
Risco de amamentação interrompida	39	97,5
Amamentação eficaz	35	87,5
Risco de amamentação ineficaz	30	75,0
Amamentação ineficaz	05	12,5
Amamentação interrompida	01	2,5
<b>-Infecção</b>		
Risco de infecção: Mamária e/ou vaginal e/ou perineal e/ou abdominal e/ou cutânea	37	92,5
<b>-Integridade tissular</b>		
Integridade tissular prejudicada	36	90,0
<b>-Ansiedade</b>		
Ansiedade	32	80,0
<b>-Nutrição</b>		
Nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais	29	72,5
Disposição para nutrição melhorada	09	22,5
Nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais	02	5,0
Risco para nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais	-	-
<b>-Processos familiares</b>		
Disposição para processos familiares melhorados	24	60,0
Processos familiares interrompidos	16	40,0
<b>-Integridade da pele</b>		
Risco de integridade da pele prejudicada	30	75,0
Integridade da pele prejudicada	16	40,0
<b>-Insônia</b>		
Insônia	21	52,5
<b>-Maternidade</b>		
Disposição para maternidade melhorada	19	47,5
Risco para maternidade prejudicada	13	32,5
Maternidade prejudicada	08	20,0
<b>-Dor</b>		
Dor aguda	19	47,5
<b>-Constipação</b>		
Risco de constipação	19	47,5
Constipação	18	45,0
Constipação percebida	-	-
<b>-Autoestima</b>		
Risco de baixa autoestima situacional	12	30,0
Baixa autoestima situacional	11	27,5
<b>-Medo</b>		
Medo	11	27,5

Predominaram conhecimento deficiente (100%), *risco de amamentação interrompida* (97,5%), risco de infecção (92,5%), integridade tissular prejudicada (90%), amamentação eficaz (87,5%), ansiedade (80%), *risco de amamentação ineficaz* (75,0%), nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais (72,5%), risco de integridade da pele prejudicada (75%), disposição para processos familiares melhorados (60%) e insônia (52,5%).

Para melhor compreensão dos diagnósticos identificados, procedeu-se à análise de cada um deles, levando em conta os fatores relacionados/fatores de risco e características definidoras.

O conhecimento deficiente, sobre armazenamento do leite materno, foi identificado em 97,5% das puérperas, relacionado à falta de exposição à informação profissional, evidenciado por verbalização do problema, conforme mostra a tabela 4.

A abordagem dos profissionais que atenderam estas mulheres, no pré-natal, parece não ter desenvolvido um processo satisfatório de orientação para o puerpério. O tópico relacionado ao armazenamento do leite materno esteve relegado, no preparo pré-natal. Aliado ao fato de que este item geralmente não faz parte do senso comum, isto pode contribuir para que elas não tenham condições de armazenar o leite de forma adequada e segura. O desconhecimento do processo de armazenamento do leite materno pode favorecer o desmame precoce, principalmente para as mães que necessitam retornar ao trabalho, antes do 6º mês de puerpério. Mascarenhas e Cruz (2006) encontraram no estudo de aconselhamento para lactação, que somente 16,7% das puérperas sabiam explicar sobre o armazenamento.

Previamente ao conhecimento do armazenamento do leite materno é necessário o conhecimento sobre ordenha das mamas. Este processo, quando se fez presente, na maioria das vezes, foi parcial ou errôneo, como o uso de “bombinha” para a ordenha, expressão somente do mamilo, uso de calor úmido antes do procedimento. O conhecimento adequado, sobre a ordenha manual, foi encontrado em apenas 5 puérperas (12,5%).

Um dos fatores agravantes, decorrentes da ordenha manual incorreta, é a instalação de ingurgitamento mamário que pode levar a traumas mamilares e/ou à mastite. Sales et al. (2000) avaliaram que apenas 26% das puérperas sabiam corretamente como realizá-la, enquanto que Mascarenhas e Cruz (2006)

encontraram que apenas 01 puérpera, entre as 30 avaliadas, sabia corretamente a técnica de ordenha.

**Tabela 4:** Fatores relacionados e características definidoras de conhecimento deficiente (n=40) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Categoria diagnóstica	f	%		f	%
Conhecimento deficiente sobre:					
Armazenamento do leite materno	39	97,5	Fatores relacionados		
			Falta de exposição à informação profissional	39	100,0
			Características definidoras		
			Verbalização do problema	39	100,0
Cuidados com a criança	36	90,0	Fatores relacionados		
			Falta de exposição à informação profissional	31	86,1
			Fator cultural	31	86,1
			Características definidoras		
			Comportamentos impróprios (oferecer chá, chupeta, mamadeira, uso de lenço umedecido em região perineal e genital, faixa abdominal, curativo do coto umbilical com azeite, "óleo de pau", merilote®, banho de chá de picão para icterícia)	34	94,4
			Verbalização do problema (leite materno no cabelo da criança para evitar queda do cabelo)	05	13,8
Ordenha	35	87,5	Fatores relacionados		
			Falta de exposição à informação profissional	35	100,0
			Características definidoras		
			Verbalização do problema	35	100,0
Amamentação	34	85,0	Fatores relacionados		
			Fator cultural	29	72,5
			Falta de exposição à informação profissional	20	50,0
			Características definidoras		
			Verbalização do problema	27	79,4
			Comportamentos impróprios (oferece chá, chupeta, mamadeira)	10	29,4
Alimentação materna	30	75,0	Fatores relacionados		
			Fator cultural	25	83,3
			Falta de exposição à informação profissional	22	73,3
			Características definidoras		
			Verbalização do problema	26	86,6
			Comportamentos impróprios	09	30,0
Cuidado com as mamas	18	45,0	Fatores relacionados		
			Falta de exposição à informação profissional	17	94,4
			Fator cultural	01	5,5
			Características definidoras		
			Verbalização do problema	03	16,6
			Comportamentos impróprios (higienização excessiva das mamas com sabão)	17	94,4
Cuidados com incisão cirúrgica abdominal ou Perineal	04	10,0	Fatores relacionados		
			Fator cultural	04	100,0
			Características definidoras		
			Comportamentos impróprios (chá de folha de algodão na incisão)	04	100,0

Neste estudo, foi percebido que as puérperas investigadas desconheciam sobre ordenha (87,5%) e armazenamento do leite materno (97,5%), em percentual semelhante a outros estudos (SALES et al., 2000; MASCARENHAS; CRUZ, 2006), decorrente da falta de exposição à informação profissional, durante o pré-natal ou pós-parto.

Outro tópico de conhecimento deficiente foi sobre amamentação, encontrado na maioria das puérperas (85%), também relacionado à falta de exposição a informação profissional (50%), e fator cultural (72,5%), acarretando comportamentos impróprios, como oferecer chupeta à criança, chá para tratar cólica e/ou icterícia e uso de mamadeira para dar o chá.

A maioria das puérperas (55%) consideraram a necessidade de aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida, porém, já haviam oferecido chá em mamadeira pra a criança, desconsiderando-o como um alimento complementar.

Sandre-Pereira et al. (2000) e Percegoni et al. (2002) encontraram, nos seus estudos, que as puérperas apresentaram alguns conhecimentos básicos sobre amamentação, porém insuficientes para ter ou manter o sucesso da amamentação.

O conhecimento adquirido pelas mulheres tem influência cultural. De acordo com o trabalho de Silva et al. (2007), durante o período gestacional, 80% das mulheres receberam orientações de familiares. A avó materna foi a principal fonte para 35% delas; seguida da mãe (15%); irmã (12,5%); sogra (7,5%) e tia (5%).

O conhecimento sobre cuidados prestados pela puérpera a sua criança também foi investigado. Observou-se que 90% apresentou conhecimento deficiente. Este diagnóstico esteve relacionado ao fator cultural (86,1%), originando práticas como: oferecimento de chá, mamadeira, chupeta, outros cuidados com o coto umbilical (óleo de azeite, “óleo de pau”, faixa abdominal), que não os recomendados na alta hospitalar (higienização com água e sabão e álcool a 70%). Outra prática domiciliar foi o uso de lenços umedecidos na região genital e perineal devido à falta de exposição à informação profissional (86,1%).

A família mostra preocupações e envolve-se em atividades, no intuito de ajudar a puérpera a cuidar da criança. Silva et al. (2007) encontraram que as principais orientações da família quanto ao cuidado com a criança relacionaram-se ao banho frio para evitar problemas alérgicos no futuro; aleitamento exclusivo para a imunidade da criança; álcool na água do banho até a queda do coto umbilical; talco

nas dobras para evitar “brotoeja” e o uso de chupetas para acalmar a criança, quando nos choros ou cólicas.

As culturas têm maneiras específicas de cuidar da criança, que geralmente são fundamentadas em crenças e práticas, de avós e/ou mães que são herdadas e repassadas para filhas e netas (SILVA et al., 2007). Portanto, torna-se necessário que os profissionais de saúde revejam suas ações, visando prestar um cuidado multidimensional, que contemple no planejamento assistencial os aspectos biopsicossociais, cultural e intelectual, para contribuir efetivamente para um puerpério saudável. O conhecimento científico deve ser compartilhado com a população de forma decodificada, com respeito ao conhecimento de cada um, dando oportunidade às puérperas expressarem seu conhecimento e visualizarem possibilidades de mudanças de atitudes num ambiente saudável e seguro, sem julgar ou reprovar os seus comportamentos (CENTA, OBERHOFER, CHAMMAS, 2002).

O conhecimento deficiente sobre a alimentação materna, no pós-parto, foi identificado em 75% das puérperas, relacionado ao fator cultural (83,3%), na forma de conselhos dados por membros da família, em especial por mulheres que já vivenciaram o puerpério. Isto fez com que as puérperas tivessem comportamentos impróprios como restrição de alimentos, entre eles carne de porco, peixe, couve, frutas cítricas, feijão, arroz ou substituições de grandes refeições por sopas e canjicas.

Foi constatado também conhecimento deficiente sobre cuidados com as mamas em 45%, relacionado à falta de exposição à informação profissional, tornando-se prática comum entre estas puérperas: a higienização mais de uma vez ao dia com sabão, antes ou após as mamadas.

A higienização das mamas com sabão é contraindicada uma vez que o próprio corpo humano reduz sensivelmente o número de bactérias dos mamilos, desde que sua ação não tenha interferências de agentes externos. Grande parte das glândulas sudoríparas estão na aréola. O suor e o sebo têm propriedades bactericidas, conseqüentemente o uso de sabão pode prejudicar a integridade e resistência da pele (SMS-RP/NALMA, 1998).

Outro tema de conhecimento deficiente foi o de cuidados com as incisões cirúrgicas, abdominal ou perineal ou laceração (10%), relacionado ao fator cultural,

evidenciado por comportamentos impróprios como o uso de chá de folha de algodão, diretamente, na lesão com a finalidade de ajudar na cicatrização.

Por estes dados apresentados sobre conhecimento deficiente pode-se perceber que as puérperas, no período imediato e tardio, foram influenciadas pelas crenças e hábitos culturais, em especial oriundas da família. A falta de conhecimento se deve também a escassez de informações pelos profissionais de saúde durante pré-natal e período puerperal. A presença destes conhecimentos essenciais pode apoiar a puérpera a enfrentar esta fase da vida com mais segurança.

No entanto, mesmo com estes conhecimentos deficientes relacionados à amamentação, cuidados com mamas, cuidados com a criança, percebe-se que a maioria das puérperas estavam com amamentação eficaz (85%), conforme mostra a tabela 5, uma vez que outros fatores eram favoráveis ao processo.

**Tabela 5:** Fatores relacionados e características definidoras de amamentação eficaz (n=34) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores relacionados	f	%
Idade gestacional >34 semanas	34	100,0
Estrutura oral da criança normal	34	100,0
Confiança materna	33	97,0
Fonte de apoio	30	88,2
Estrutura mamária normal	22	64,7
Conhecimento básico sobre amamentação	06	17,6
<b>Características definidoras</b>		
Padrão eficaz de comunicação mãe-filho	34	100,0
Avidez da criança para ser amamentar	34	100,0
Sucção no peito regular e contínua	34	100,0
Deglutição no peito regular e contínua	34	100,0
Padrões de eliminação da criança adequados para a idade	33	97,0
A criança está satisfeita após a mamada	32	94,1
Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação	28	82,3
A mãe é capaz de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de apreensão da região areolar-mamilar bem-sucedida	27	79,4
Padrão de peso da criança apropriado para a idade	09	26,4

As condições da criança e das mamas não apresentaram intercorrências que demandassem manejo de maior complexidade e desejo materno de amamentar, por enquanto, pareciam ser suficientes para que a amamentação transcorresse sem maiores problemas, sendo apoiadas pelos familiares, que as ajudavam nos afazeres domésticos e cuidados com a criança. Com isso, as puérperas ficariam mais disponíveis para a amamentação.

Apenas 05 puérperas (12,5%) apresentaram amamentação ineficaz (tabela 6). Embora as puérperas apresentassem desejo em amamentar, alguns fatores influenciaram para que tal acontecesse de forma ineficaz, como: a ansiedade materna, a oferta de alimentação suplementar com mamadeira, o conhecimento deficiente. Destaca-se ainda a história de fracasso anterior, na amamentação.

**Tabela 6:** Fatores relacionados e características definidoras de amamentação ineficaz (n=5) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores relacionados	f	%
Criança que recebe alimentação suplementar com mamadeiras	05	100,0
Ansiedade materna	05	100,0
Déficit de conhecimento	05	100,0
História de fracasso na amamentação	02	40,0
Parceiro que não oferece apoio	01	20,0
Família que não oferece apoio	01	20,0
Características definidoras		
Processo de amamentação insatisfatório	05	100,0
Suprimento de leite inadequado percebido	04	80,0
Criança chora na 1ª hora após a amamentação	03	60,0
Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação	03	60,0
Criança que exhibe agitação	02	40,0
Resistência da criança em apreender a região areolar-mamilar com a boca	02	40,0
Incapacidade da criança de apreender a região areolar-mamilar corretamente	02	40,0
Criança que se arqueia no peito	02	40,0
Criança chora ao ser posta no peito	02	40,0
Descontinuidade da sucção na mamada	02	40,0
Suprimento do leite inadequado	01	20,0
Persistência dos mamilos doloridos após 1ª semana de amamentação	01	20,0
Parceiro que não oferece apoio	01	20,0
Família que não oferece apoio	01	20,0

Em relação à ansiedade materna, a literatura indica que a galactia normal está associada aos menores índices de ansiedade. Aragaki, Silva e Santos (2006) avaliaram traço e estado de ansiedade, em 168 puérperas, com indicadores de hipogalactia e galactia normal, na consulta de enfermagem, no 10º e 30º dia de pós-parto. Observaram que quanto às relações encontradas, entre os estados de ansiedade e os indicadores de hipogalactia apresentados pela mãe ou filho, houve associação entre bom volume de leite drenado e baixa ansiedade, por ocasião do 10º dia pós-parto. Assim, consideraram que a baixa ansiedade parece favorecer a galactia normal.

Apesar da maioria das puérperas, no momento da investigação, apresentar amamentação eficaz, elas relataram fatores de risco que poderiam levar a amamentação ineficaz, configurando o diagnóstico de enfermagem evidenciado em

30 puérperas (75%), como mostra a tabela 7, de *risco para amamentação ineficaz*. O fator de risco que mais se destacou foi déficit de conhecimento sobre amamentação (86,6%), além de oferecimento de alimento complementar (chá) em mamadeira (60%) e ansiedade materna (30%).

**Tabela 7:** Fatores de risco do diagnóstico *risco de amamentação ineficaz* (n=30) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores de risco	f	%
Déficit de conhecimento (sobre amamentação)	26	86,6
Criança que recebe alimentação suplementar com mamadeiras	18	60,0
Ansiedade materna	09	30,0
Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação	07	23,3
Persistência dos mamilos doloridos após 1ª semana de amamentação	06	20,0
História de fracasso na amamentação	04	13,3
Parceiro que não oferece apoio	03	10,0
Suprimento de leite inadequado percebido	03	10,0
Descontinuidade da sucção na mamada	02	6,0
Criança chora ao ser posta no peito	01	3,0

Segundo Carvalhaes, Parada e Costa (2007), os motivos apresentados pelas puérperas ao introduzir outro tipo de alimento, no caso o leite de vaca, foi devido à quantidade e à qualidade do leite materno e a necessidade da criança. Outros fatores como o uso de chupeta e relato de dificuldade com a amamentação podem favorecer o desmame, antes do 4º mês de vida da criança.

O que estas autoras encontraram reafirma que o déficit de conhecimento e introdução de outros alimentos põe em risco a amamentação exclusiva.

Evidenciou-se a necessidade de mais informações às puérperas, por parte de profissionais, no pré-natal e puerpério, para que as crianças possam receber o leite materno de forma exclusiva e pelo tempo adequado. Outra área que demanda intervenção é a ansiedade materna, pois carece de técnicas de apoio e presença mais constante dos profissionais.

No contexto identificado, se não houver uma intervenção no tempo necessário o diagnóstico que até então é de risco, pode se tornar real, passando a amamentação ineficaz, que pode acelerar o desmame.

O diagnóstico de amamentação interrompida esteve presente em 01 puérpera (2,5%), relacionado a dor mamilar durante a sucção, levando ao processo de amamentação insatisfatório, contudo a mesma apresentou desejo de retornar a amamentar.

Em 39 (97,5%) puérperas foram identificados um ou mais fatores de risco que poderiam levar à interrupção da amamentação. Esta situação foi interpretada como *risco de amamentação interrompida*. A falta de conhecimento sobre armazenamento do leite materno (94,9%), falta de conhecimento com relação à ordenha (82,1%) e o emprego materno (15,4%) foram os fatores de risco para este diagnóstico, como mostra a tabela 8.

**Tabela 8:** Fatores de risco do diagnóstico *risco de amamentação interrompida* (n=39) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores de risco	f	%
Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno	37	94,9
Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha)	32	82,1
Emprego materno	06	15,4

Além disso, a falta de conhecimento sobre ordenha pode levar a complicações na mama, principalmente nas primeiras semanas, como o ingurgitamento mamário, devido a não-expressão do leite represado e consequentemente ocasionar traumas mamilares e até mesmo mastites.

Estes traumas mamilares, como as fissuras, lesam a integridade da pele, e, dependendo da profundidade podem acarretar lesão tissular, favorecendo a entrada de patógenos no organismo. Assim, como outros fatores representam risco de infecção. Entre as puérperas avaliadas, 92,5% tiveram este risco. As localizações identificadas como susceptíveis à infecção foram: mamária, abdominal, vaginal, perineal e cutânea. Vários são os fatores de risco para estas infecções, conforme mostra tabela 09.

O período pós-parto é representado por modificações fisiológicas e recuperações de procedimentos invasivos realizados, durante o parto. No entanto, certos comportamentos das puérperas, por desinformação ou conceitos errados, podem levar a situações de risco, como infecção.

O **risco de infecção** mamária (75,7%) apresentou como principais fatores de risco o conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos (43,3%), considerando-se que o uso de sabão era excessivo, as defesas primárias inadequadas (43,3%), representadas por estase de fluidos orgânicos (ingurgitamento mamário) e tecido traumatizado. Os traumas mamilares (fissura ou escoriação ou erosão mamilar) consistiram em 29,7% e estase de fluidos orgânicos

representados pelo ingurgitamento mamário apareceram em 32,4% das puérperas. Vieira et al. (2006) relatam que a estase e o trauma mamilar, por exemplo a fissura, são fatores causadores de mastite puerperal.

**Tabela 09:** Fatores de risco para o diagnóstico de infecção (n=37) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Categoria diagnóstica	f	%	Fatores de risco	f	%
-Mamária	28	75,7	-Defesas primárias inadequadas:	16	43,3
			estase de fluidos orgânicos (ingurgitamento mamário)	12	32,4
			tecido traumatizado (fissura ou escoriação ou erosão mamilar)	11	29,7
			-Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos (uso excessivo de sabão em mamilos)	16	43,3
-Vaginal	23	62,2	-Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos (higienização íntima inadequada)	16	43,3
-Cutânea	09	24,3	-Comportamento de higiene corporal inadequado (não lava cabelo no pós-parto)	09	24,3
-Abdominal	07	18,9	-Procedimentos invasivos (parto cesáreo)	06	16,2
			-Destruição de tecidos (parto cesáreo)	06	16,2
			-Defesas primárias inadequadas: pele rompida, tecido traumatizado (ponto de incisão de parto cesáreo não cicatrizado)	06	16,2
-Perineal	01	2,7	-Procedimentos invasivos (episiotomia/episiiorrafia)	01	2,7
			-Destruição de tecidos	01	2,7
			-Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos	01	2,7

Em relação ao **risco de infecção** vaginal a higienização inadequada constituiu-se em fator de risco, para este diagnóstico, representado por 62,2%. Quanto à higiene íntima era usado apenas papel para limpeza da região anal, após a evacuação.

Estudos sugerem que hábitos higiênicos inadequados podem ser fatores predisponentes para a contaminação vaginal, dentre eles os que podem levar resíduos de fezes para as roupas íntimas, como a higiene anal realizada no sentido do ânus para a vagina, o que favorece o desenvolvimento de infecções como a candidíase vulvovaginal (ROSA; RUMEL, 2004; HOLANDA et al, 2007).

O **risco de infecção** cutânea apresentado por 24,3% das puérperas teve como fator de risco o comportamento de higiene corporal inapropriado. As puérperas que tiveram este diagnóstico acreditavam que é contraindicado lavar os cabelos no período de pós-parto, até por pelo menos 15 ou 30 dias, fundamentadas na cultura familiar.

Pesquisadores da área da saúde ainda não estudaram as consequências deste fenômeno para a saúde materna. Na revisão da literatura realizada por Hernández et al. (2004) sobre os fatores que contribuem para a ocorrência da *Tinea*,

encontraram associação entre esta doença e a falta de higiene do couro cabeludo em crianças, e alertam que isto também acontece com adultos (HERNÁNDEZ et al., 2004).

Em relação ao **risco de infecção** abdominal (18,9%) foi representado pelas puérperas que realizaram partos cesáreos. Não foram incluídas, neste diagnóstico de enfermagem, todas as puérperas que sofreram parto cesáreo, mas aquelas que estavam em fase proliferativa ou reparativa de cicatrização. Além do aspecto da lesão, foi considerada também a presença de pontos na incisão cirúrgica.

Entre os motivos de morte materna, por causas obstétricas segundo o estudo retrospectivo de Ramos et al. (2003) entre os anos 1980 e 1999, prevaleceu a hipertensão associada à gestação, seguida pela infecção pós-parto cesáreo, 16%. Dentre as causas infecciosas, a infecção após parto representou 40,6% dos casos de morte. Os autores constataram o risco de morte 10 vezes maior nas mulheres submetidas ao parto cesáreo, quando comparadas as de parto vaginal.

Outro local de **risco de infecção** foi a região perineal. Foram incluídas as puérperas que apresentaram episiotomia em fase proliferativa e/ou reparativa ou ainda na presença de episiorrafia (2,7%). Outro fator de risco evidenciado foi a falta de conhecimento (2,7%), nestes casos as puérperas usavam, por hábito familiar, o chá de folha de algodão, na incisão cirúrgica.

A **integridade tissular prejudicada** esteve presente em 90% das puérperas (tabela 10), relacionada aos fatores mecânicos, tais como: incisão cirúrgica de parto cesáreo ou de episiotomia/episiorrafia. Importante considerar que, embora a cicatrização da pele no local da incisão cirúrgica já esteja completada, os tecidos mais profundos podem exigir mais que 45 dias de cicatrização. A fase reparadora correspondente a terceira etapa da cicatrização, inicia-se por volta da terceira semana e pode durar de meses até dois anos, dependendo do grau, extensão e local da lesão. Nesta fase ocorre a reorganização do colágeno, que adquire maior força tênsil e empalidece (CANDIDO, 2001; JORGE; DANTAS, 2003).

Além dos fatores mecânicos, observou-se ainda a ocorrência de **integridade tissular prejudicada** devido déficit de conhecimento com cuidados com mamas e amamentação, e por posição incorreta durante amamentação em 13,8% dos casos.

Estes resultados corroboram com os de Vieira e Rossi (2000) que encontraram uma porcentagem elevada (91,4%), deste diagnóstico, em puérperas.

**Tabela 10:** Fatores relacionados e características definidoras de integridade tissular prejudicada (n=36) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores relacionados	f	%
-Fatores mecânicos	36	100,0
-Déficit de conhecimento (cuidados com mamas e amamentação)	05	13,8
<b>Características definidoras</b>		
-Tecido destruído (episiotomia/episiorrafia ou incisão cirúrgica abdominal)	33	91,7
-Tecido lesado (fissura mamilar)	04	11,1

Evidencia-se que partos normais tiveram incisões cirúrgicas, a episiotomia e episiorrafia, com indícios que estes procedimentos invasivos e cirúrgicos possivelmente foram usados como rotina, nos partos vaginais.

Embora a incisão cirúrgica seja inerente à cesárea, a episiotomia não deveria ser usada indiscriminadamente, nos partos vaginais. O uso rotineiro da episiotomia não reduz as morbidades materna e fetal, estando relacionada ao maior risco de laceração severa, sendo necessárias avaliações mais criteriosas e individualizadas das parturientes, por parte dos profissionais (JUNQUEIRA; MIQUILINI, 2005; DINIZ; CHACHAM, 2006).

Outras camadas dos tecidos mais superficiais como as da pele, podem apresentar comprometimento, no período de pós-parto. Observou-se que 75% das puérperas apresentaram **risco de integridade da pele prejudicada**. Os fatores de risco predominantes, conforme tabela 11, foram: nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais (43,3%); mudança no turgor, considerado o ingurgitamento mamário com 40%, uso de substâncias químicas, sabão nas mamas (33,3%); e presença de pele úmida: mamilos ou mamas úmidas (33,3%).

**Tabela 11:** Fatores de risco para risco de integridade da pele prejudicada (n=30) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores de risco	f	%
<b>Fatores internos:</b>		
-Nutrição desequilibrada (menos do que as necessidades corporais)	13	43,3
<b>Fatores externos:</b>		
-Mudança no turgor (ingurgitamento mamário)	12	40,0
-Substância química (sabão)	10	33,3
-Pele úmida	10	33,3
-Mudança na pigmentação (dos mamilos)	04	13,3
Hipertermia (calor úmido nas mamas)	02	6,7
-Fator mecânico (posição inadequada para amamentação)	02	6,7
- Hipotermia (gelo nas mamas)	01	3,3

Se os fatores de risco não forem controlados, podem levar a integridade da pele prejudicada. Como mostrado na tabela 12, foram identificados em 40% das puérperas algum comprometimento, na pele. No caso das mamas foi devido ao uso de sabão e/ou posição incorreta para amamentar e ingurgitamento. No abdome e perineo foram em decorrência do fator mecânico das incisões cirúrgicas, parto cesáreo ou normal, não completamente cicatrizadas.

**Tabela 12:** Fatores relacionados e características definidoras de integridade da pele prejudicada (n=16) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores relacionados	f	%
- Fatores externos:		
- Fator mecânico (posição inadequada para amamentação, incisão cirúrgica)	08	50,0
- Substância química (sabão)	07	43,8
- Mudança no turgor (ingurgitamento mamário)	07	43,8
Fatores internos:		
- Nutrição desequilibrada (menos do que as necessidades corporais)	04	25,0
Características definidoras		
- Rompimento da superfície da pele (fissura, escoriações mamilar)	11	68,8
- Destruição de camadas da pele (episiotomia/episiotomia, incisão cirúrgica abdominal de parto cesáreo).	07	43,8

Este diagnóstico pode refletir diretamente no surgimento de outros diagnósticos, entre eles: *risco de amamentação ineficaz* ou *risco de amamentação interrompida* e dor aguda, o que pode comprometer não somente a amamentação, mas também a satisfação da puérpera com o período de pós-parto.

Além das modificações biológicas, neste período, ocorrem também as modificações e adaptações psicossociais que podem gerar **ansiedade**, verificadas em 80% das puérperas. Diversos fatores relacionados foram encontrados, conforme mostra a tabela 13, sendo que o estresse esteve presente em 62,5% das puérperas. Não apenas a situação causadora do estresse, mas também, a percepção que a pessoa tem de uma determinada situação estressante, influencia o nível de estresse experimentado (CALDERERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2008).

A característica definidora mais frequente, deste diagnóstico, foi: preocupações expressas em razão de mudanças em eventos de vida (46,9%). O nascimento da criança faz com que a puérpera tenha receio em não se adaptar à maternidade, ou não ser capaz de atender todas as necessidades que a criança traz consigo.

**Tabela 13:** Fatores relacionados e características definidoras de ansiedade (n=32) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores relacionados	f	%
-Estresse	20	62,5
-Crise maturacional	11	34,4
-Necessidade não satisfeita	09	28,1
-Ameaça ao autoconceito	08	25,0
- Mudança nos padrões de interação	08	25,0
-Crise situacional	07	21,9
-Mudança na situação econômica	06	18,8
-Mudança na função de papel	05	15,6
-Ameaça na situação econômica	03	9,3
-Mudança no ambiente	02	6,3
-Ameaça nos padrões de interação	01	3,1
-Conflito inconsciente quanto a meta de vida	01	3,1
Características definidoras	f	%
<b>Comportamentais:</b>		
-Preocupações expressas em razão de mudanças em eventos da vida	15	46,9
-Insônia	14	43,8
-Produtividade diminuída	06	18,8
-Inquietação	03	9,3
-Observação atenta	02	6,3
<b>Afetivas:</b>		
-Preocupada	13	40,6
-Irritabilidade	12	37,5
-Nervosa	10	31,2
-Ansiosa	06	18,8
-Apreensiva	06	18,8
-Angústia	04	12,5
-Pesarosa	03	9,4
-Desamparo aumentado e persistente	02	6,3
<b>Cognitiva:</b>		
-Dificuldade para concentrar-se	07	21,9
-Bloqueio de pensamento	04	12,5
-Esquecimento	01	3,1
<b>Parassimpáticas:</b>		
-Fadiga	04	12,5
<b>Fisiológicas:</b>		
-Aumento da tensão	04	12,5
-Tensão facial	02	6,3
<b>Simpáticas:</b>		
-Aumento da pressão sanguínea	01	3,1
-Vasoconstrição superficial	01	3,1

Faysal-Cury e Meneses (2006) encontraram uma prevalência de 44,8% de ansiedade puerperal, com piora quando havia alguma intercorrência com a criança.

Por estar numa fase de transição, de readaptação da sua vida e da família, em maturação de uma nova identidade: a de ser mãe, seguida de novas responsabilidades para com o cuidado com o filho, a puérpera pode apresentar respostas como a ansiedade.

A ansiedade por sua vez, pode interferir em outras respostas, especialmente, naquelas relativas à amamentação. A resolução de dificuldades, no contexto de ansiedade, pela própria puérpera pode não ser efetiva, necessitando de apoio dos profissionais de saúde.

Por outro lado o nascimento da criança pode favorecer um bom funcionamento da família, denominado pela NANDA (2008) de **disposição para processos familiares melhorados**, esta resposta esteve presente em 60%, conforme o relato das puérperas. A adequação da família à chegada do novo membro foi definida por características como a família se adaptar à mudança (91,7%), papéis adequados ao período de pós-parto (90,9%) e o funcionamento familiar satisfaz às necessidades dos membros da família (87,5%), como pode ser visto na tabela 14.

**Tabela 14:** Características definidoras de disposição para processos familiares melhorados (n=24) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Características definidoras	f	%
A família adapta-se à mudança	22	91,7
Os papéis dos membros da família são adequados aos estágios de desenvolvimento	20	90,9
O funcionamento familiar satisfaz às necessidades dos membros da família	21	87,5
As tarefas da família são cumpridas	14	58,3
Comunicação adequada	12	50,0
O respeito pelos membros da família é evidente	11	45,8
Atividades que apóiam a segurança dos membros da família	06	25,0
Expressa desejo de melhorar a dinâmica familiar	03	12,5

Este processo pode ser favorecido pela constituição familiar, especificamente, e presença do companheiro nesta fase, uma vez que 82,5% das puérperas vivem com parceiro em união consensual ou são casadas.

No entanto, 40% das famílias apresentaram o diagnóstico de **processos familiares interrompidos**, por enfrentarem crises situacionais, devido à própria transição representada pelo período, ou questões existentes anteriormente, não obrigatoriamente relacionadas ao puerpério, como mostra a tabela 15. Nos casos de processos familiares interrompidos, a transição situacional identificada em 11 famílias (68,8%), foi evidenciada quando a família enfrentava situações que levaram a mudanças na relação ou adaptação entre seus membros, como a dificuldade de se ajustarem ao nascimento da criança, gerando insatisfação da puérpera em relação à

dinâmica familiar, que em algumas situações não contempla as suas expectativas, em especial no que tange o relacionamento com o parceiro/companheiro.

**Tabela 15:** Fatores relacionados e características definidoras de processos familiares interrompidos (n=16) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores relacionados	f	%
-Transição situacional	11	68,8
-Crise situacional	07	43,8
-Modificações nas finanças da família	06	37,5
-Alteração no estado de saúde de um membro	01	6,3
Características definidoras	f	%
-Mudanças na satisfação com a família	09	56,3
-Mudança na disponibilidade para resposta afetiva	07	43,8
-Mudanças na disponibilidade para apoio emocional	06	37,5
-Mudanças nos padrões de comunicação	06	37,5
-Mudanças na intimidade	03	18,8
-Mudança em expressões de conflito entre a família	01	6,3

A família representa maior apoio encontrado pelas puérperas, buscam conhecimento sobre como vivenciar o pós-parto, apoio emocional e financeiro. Quando esta interação familiar é prejudicada, reflete diretamente como a puérpera enfrenta a sua transição. A família pode tanto favorecer o enfrentamento do período pós-parto quanto interferir negativamente nesta fase.

Um diagnóstico evidentemente influenciado pela cultura familiar é a nutrição. Das puérperas investigadas 72,5% apresentaram **nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais**. O fator relacionado predominantemente foi o cultural (82,8%), seguido pelos fatores psicológicos (20,7%) e econômicos (17,2%), conforme tabela 16.

**Tabela 16:** Fatores relacionados e características definidoras de nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais (n=29) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores relacionados	f	%
-Fatores culturais	24	82,8
-Fatores psicológicos	06	20,7
-Fatores econômicos	05	17,2
Características definidoras	f	%
-Relato de ingestão inadequada de alimentos, menos do que a porção diária recomendada	26	89,7
-Falta de informação	24	82,8
-Conceitos errados	21	72,4
-Mucosas pálidas	13	44,8
-Falta de comida	06	20,7
-Falta de interesse na comida	04	13,8
-Saciedade imediatamente após a ingestão de comida	01	3,4

As puérperas seguiam restrições alimentares (arroz, feijão, carne de porco e de peixe, couve, repolho, pepino, carne assada, massas, frutas cítricas, refrigerantes, chocolates, pimenta, pimentão, derivados de leite, entre outras) ou substituíam as grandes refeições por canjica ou sopas, pois acreditavam que certos alimentos poderiam fazer mal a elas e/ou as crianças.

Existem alimentos tidos como causadores de cólicas nas crianças, como o chocolate, frutas cítricas, entre outros. Este entendimento fazia com que as puérperas, por receio de causar mal à saúde de seus filhos, abolissem esta alimentação do seu cardápio.

A relação entre a alimentação materna e o funcionamento do organismo da criança é uma questão controversa, entre os estudiosos.

Silva et al. (2007) ao realizarem uma pesquisa no município de Balneário Camboriú, não encontraram associação entre o consumo materno de alimentos classificados como facilitadores de cólica (chocolate, leite de vaca, frituras, ricos em enxofre, crucíferos) e a presença de cólica, entre 152 lactentes menores de 01 ano.

No entanto, estudo realizado em Chicago, com 272 mães verificou associação significativa de alimentos ingeridos pela mãe com os sintomas de cólica do lactente, entre eles: o leite de vaca, cebola, chocolate, repolho, brócolis, couve-flor e carnes vermelhas (LUST; BROWN; THOMAS, 1996).

As puérperas foram aconselhadas a restringirem ou substituírem a alimentação, por suas mães, irmãs, avós e companheiros. Elas se apoiavam principalmente na figura feminina que já haviam vivenciado o pós-parto.

Castro; Kac e Sichieri (2006) identificaram uma queda acentuada no consumo de quase todos os alimentos e nutrientes no pós-parto, sendo que 40% das puérperas restringiram o consumo em mais de 40%.

Observou-se que o seguimento dos conceitos alimentares errados pode trazer consequências para a saúde da puérpera, tornando necessária uma abordagem sobre este assunto, no pré-natal e retomando no pós-parto.

Orientar sobre hábitos alimentares está incluído nas medidas de combate à deficiência de ferro e à anemia ferropriva, juntamente com: diagnóstico e tratamento das causas da perda crônica de sangue; controle de infecções e infestações que contribuem para início e agravamento da anemia; fortificação de alimentos e suplementação medicamentosa com sais de ferro (WHO, 2000).

A anemia é a complicação puerperal mais comum, que aumenta os riscos de morbidade materna, com incidência em até 56% das mulheres. Em 90% dos casos a etiologia da anemia é a redução do nível sérico de ferro, no pós-parto (MILASINOVIĆ L, et. al., 2000). Com isso, o atendimento a este aspecto da nutrição, que pode tornar necessário a suplementação de ferro, deve ser voltada tanto para o pré-natal quanto para o pós-parto.

Por outro lado, 22,5% das puérperas apresentaram **disposição para nutrição melhorada**. Na tabela 17 são apresentadas as características definidoras identificadas.

**Tabela 17:** Características definidoras de disposição para nutrição melhorada (n=9) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Características definidoras	f	%
Alimenta-se regularmente	09	100,0
Consome alimentos adequados	06	66,7
Consome líquidos adequados	05	55,6
Segue um padrão apropriado de alimentação	03	33,3
Atitude em relação à comida coerente com as metas de saúde	01	11,1
Atitude em relação à bebida coerente com as metas de saúde	01	11,1
Expressa desejo de melhorar sua alimentação	01	11,1
Expressa conhecimento sobre escolhas saudáveis de líquidos	01	11,1

O consumo adequado de alimentos e líquidos pode favorecer a restauração biológica deste período da vida da mulher, proporcionando a energia necessária e os nutrientes adequados à homeostase.

Apenas duas puérperas (5%) apresentaram **nutrição alterada para mais do que as necessidades corporais** (tabela 18).

**Tabela 18:** Fatores relacionados e características definidoras de nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais (n=2) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores relacionados	f	%
Fator cultural	01	50,0
Fator psicológico	01	50,0
Ingestão excessiva em relação as necessidades metabólicas	01	50,0
Características definidoras	f	%
Come em resposta a estímulos externos	01	50,0
Come em resposta a estímulos internos	01	50,0
Ingestão de alimentos concentrados no final do dia	01	50,0

Neste diagnóstico houve influência também do fator cultural. Uma das puérperas fazia consumo excessivo de canjica, sob orientação da mãe, com a

finalidade de aumentar a produção de leite materno, e um consumo hiperlipídico com uma frequência diária de frituras na composição da alimentação, e o outro caso alimentava-se por estímulos internos: ansiedade, irritabilidade, tristeza, preocupação.

Uma nutrição para mais do que as necessidades corporais pode favorecer ou preservar o sobrepeso, no pós-parto, que já poderia existir durante a gestação (KAC, 2001).

O incentivo a uma alimentação adequada deve acontecer desde o pré-natal e reforçada no pós-parto, uma vez presente a nutrição desequilibrada pode ter consequências no organismo da puérpera, sendo uma delas a constipação.

Observou-se que 45% das puérperas tiveram **constipação**, sendo os fatores de natureza fisiológica, como ingestão de fibras insuficientes (88,9%) e líquidos insuficientes (83,3%) os fatores relacionados de maior frequência, conforme tabela 19.

**Tabela 19:** Fatores relacionados e características definidoras de constipação (n=18) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores relacionados	f	%
Fatores fisiológicos:		
-Ingestão insuficiente de fibras	16	88,9
-Ingestão insuficiente de líquidos	15	83,3
-Higiene oral inadequada	14	77,8
-Dentição inadequada	12	66,7
-Hábitos alimentares deficientes	08	44,4
-Mudança nos padrões habituais de alimentação	06	33,3
Fatores funcionais:		
-Hábitos de evacuações irregulares	14	77,8
-Higiene íntima inadequada	12	66,7
-Mudanças recentes de ambientes	01	5,6
Fatores psicológicos:		
-Tensão emocional	05	27,8
-Depressão	01	5,6
Fator farmacológico:		
Sais de Ferro	04	22,2
Características definidoras		
	f	%
-Fezes duras e formadas	14	77,8
-Frequência diminuída	11	61,1
-Esforço para evacuar	10	55,6
-Dor à evacuação	07	38,9
-Sangue vivo nas fezes	03	16,7
-Cefaléia	02	11,1
-Flatulência grave	01	5,6
-Incapacidade de eliminar as fezes	01	5,6
-Ruídos intestinais hipoativos	01	5,6
-Volume de fezes diminuídas	01	5,6

Herrero et al. (2001) encontraram em sua pesquisa uma incidência aumentada (41,3%) de constipação, no puerpério, quando comparada aos trimestres gestacionais. Descrevem ainda que, a constipação é um sintoma gastrointestinal esperado tanto na gravidez quanto no puerpério. Na gravidez devido à ação da progesterona e diminuição da motilidade do trato gastrointestinal, e no pós-parto devido à presença de hemorróidas e dor ocasionada pela cicatriz perineal. Nesta pesquisa, estes dois fatores causais não foram relatados.

No entanto, as puérperas que não têm a constipação podem apresentar fatores de risco que podem indicar a necessidade de cuidados para prevenir o diagnóstico real. Observou-se que entre as puérperas 47,5% tiveram **risco para constipação**. A tabela 20 mostra os fatores de risco identificados.

**Tabela 20:** Fatores de risco para constipação (n=19) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores de risco	f	%
Fatores fisiológicos:		
-Mudança nos padrões habituais de alimentação	11	57,9
-Hábitos alimentares deficientes	10	52,6
-Ingestão insuficiente de fibras	10	52,6
-Ingestão insuficiente de líquidos	10	52,6
-Higiene oral inadequada	09	47,4
-Dentição inadequada	05	26,3
Fatores psicológicos:		
-Tensão emocional	09	47,3
Fatores funcionais:		
-Higiene íntima inadequada	07	36,8
Fator farmacológico:		
Sais de Ferro	04	21,1

Observou-se que os fatores de risco predominantes foram: mudança nos padrões habituais de alimentação (57,9%); pela restrição alimentar realizada no puerpério, pelos hábitos alimentares deficientes (52,6%), pela ingestão insuficiente de fibras (52,6%) e pela ingestão insuficiente de líquidos (52,6%). Estes fatores poderão contribuir para a constipação.

Estes eventos podem e devem ser investigados, no período gestacional, e abordados mediante intervenções que minimizem a possibilidade da constipação ocorrer no pós-parto.

A **dor aguda** apresentou-se em 47,5% das puérperas (tabela 21), tendo como fatores relacionados agente lesivo biológico (89,5%), entre eles incisão cirúrgica por parto cesáreo ou episiotomia no parto normal, e/ou posição inadequada durante a

amamentação, e/ou ingurgitamento mamário e/ou traumas mamilares. Outro fator foi o agente lesivo químico (10,5%), ou seja, sabão usado com frequência na higienização das mamas. Devido suas propriedades pode ocorrer ardor na pele lesada.

**Tabela 21:** Fatores relacionados e características definidoras de dor aguda (n=19) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores relacionados	f	%
Agente lesivo biológico	17	89,5
Agente lesivo químico	02	10,5
Características definidoras	f	%
-Relato verbal de dor	16	84,2
-Evidência observada de dor	03	15,8
-Posição para evitar dor	03	15,8
-Comportamentos expressivos	03	15,8
-Distúrbio do sono	02	10,5
-Gestos protetores	01	5,2
-Mudança no apetite	01	5,2
-Comportamento de proteção	01	5,2
-Resposta autonômica (gemido)	01	5,2
-Expressão facial	01	5,2

Os problemas com a amamentação que possivelmente ocasionam dor, como o ingurgitamento, traumas mamilares, técnica incorreta de amamentação, podem ter como repercussão a ocorrência de processo de amamentação insatisfatório, e, seu conseqüente, abandono (WEIGERT et al., 2005).

Além da dor, existem outros diagnósticos como a **insônia** que além de interferir na recuperação da puérpera, pode comprometer o desenvolvimento do papel de mãe. Insônia esteve presente em 52,5% da amostra, relacionada predominantemente ao prejuízo no padrão de sono normal (95,2%), devido acordar mais vezes, durante a noite, para cuidar e amamentar a criança, e relato de sono não restaurador (95,2%). As puérperas referiram que gostariam de dormir mais, para estarem descansadas, e para cuidarem das crianças durante o dia (tabela 22).

A insônia, anteriormente denominada pela NANDA (2006) como padrão de sono perturbado, pode provocar mudanças significativas na vida da puérpera, desejo de interromper as mamadas, durante a noite, para que ela possa descansar ou vontade de oferecer outros tipos de alimentos para a criança dormir, num intervalo maior. Pode ainda interferir na resposta afetiva. Este diagnóstico pode estar associado com outros, como: risco de maternidade prejudicada, ansiedade e medo.

**Tabela 22:** Fatores relacionados e características de insônia (n=21) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores relacionados	f	%
Prejuízo no padrão de sono normal	20	95,2
Ansiedade	16	76,2
Estresse	11	52,4
Ingestão de estimulantes	03	14,3
Medo	02	9,5
Depressão	02	9,5
Desconforto físico	02	9,5
Características definidoras	f	%
Paciente relata sono não restaurador	20	95,2
Paciente insatisfação com o sono (atual)	17	81,0
Paciente relata falta de energia	08	38,1
Paciente relata distúrbios do sono que produzem consequências no dia seguinte	07	33,3
Falta de energia observada	06	28,6
Paciente relata mudança no humor	05	23,8
Mudanças observadas no afeto	04	19,0
Paciente relata acordar mais cedo	03	14,3
Paciente relata qualidade de vida diminuída	03	14,3
Paciente relata dificuldade para permanecer dormindo	02	9,5
Paciente relata estado de saúde diminuído	01	4,8

Embora a puérpera apresenta-se numa fase de transição em que vários fatores podem comprometer sua maternidade, observou-se que 47,5% apresentou disposição para a maternidade melhorada, conforme tabela 23. Todas apresentaram expectativas realistas com relação ao filho, e quase todas (94,7%) evidenciaram vínculo e conseguiram atender às necessidades do filho.

**Tabela 23:** Características definidoras de disposição para maternidade melhorada (n=19) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Características definidoras	f	%
-Apresenta expectativas realista com relação ao filho	19	100,0
-Evidência de vínculo	18	94,7
-Necessidades do filho atendidas	18	94,7
-Expressa desejo de melhorar a maternidade	04	21,1

No entanto, 32,5% das puérperas apresentaram **risco para maternidade prejudicada**, relacionada predominantemente a fatores sociais tais como: nível sócio econômico baixo (92,3%), gravidez não-planejada (76,9%) e dificuldades financeiras (53,8%). Dentre os fatores psicológicos, o distúrbio do sono evidenciou-se em 53,8% das puérperas (tabela 24).

**Tabela 24:** Fatores de risco para maternidade prejudicada (n=13) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores de risco	f	%
-Fatores sociais:		
Nível sócio econômico baixo	12	92,3
Gravidez não-planejada	10	76,9
Dificuldades financeiras	07	53,8
Pobreza	05	38,4
Estresse	04	30,8
Tensão relacionada ao papel de mãe	03	23,1
Gravidez indesejada	03	23,1
Baixa autoestima situacional	03	23,1
Conflito conjugal	02	15,4
Mãe solteira	02	15,41
Desemprego	02	5,4
Ambiente doméstico insatisfatório	01	7,7
Falta de coesão da família	01	7,7
História de ter sofrido abuso (sexual)	01	7,7
Isolamento social	01	7,7
-Fatores psicológicos:		
Distúrbio do sono	07	53,8
História de abuso ou dependência de substância (cigarro)	02	15,4
Cuidado de pré-natal tardio	02	15,4
Grande número de gestações	01	7,7
Pouca idade	01	7,7
-Fatores de conhecimento:		
Baixo nível ou desenvolvimento educacional	06	46,2
Falta de conhecimento sobre a manutenção da saúde da criança	05	38,4

Zagonel et al (2003) perceberam que o apoio, na fase de transição do puerpério, é recebido principalmente da família que ajuda nos afazeres da casa e no cuidado com a criança.

As puérperas com risco para maternidade prejudicada precisam de maior apoio, tanto familiar quanto social, pois algum fator mais estressante pode modificar a condição de risco para real.

A **maternidade prejudicada** foi evidenciada em 20% das puérperas, caracterizada principalmente por habilidades pobres ou impróprias para o cuidado com a criança (50%), conforme mostra tabela 25.

A puérpera pode cobrar-se, em demasia, em relação ao papel da maternidade. Uma entrevistada sentia-se frustrada em deixar de amamentar sua criança, considerando-se incapaz de cuidá-la, e, outras cobranças como a questão financeira que a preocupava com o futuro de toda família. Outras puérperas citaram um fator que chamou atenção, a falta do apoio do companheiro associada a uma gravidez indesejada, fragilizando a maternidade.

**Tabela 25:** Fatores relacionados e características definidoras de maternidade prejudicada (n=8) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores relacionados	f	%
<b>-Fatores sociais:</b>		
Gravidez não-planejada	07	87,5
Estresse	06	75,0
Nível sócio econômico baixo	05	62,5
Desemprego	04	50,0
Tensão relacionada ao papel de mãe	04	50,0
Baixa autoestima situacional	04	50,0
Dificuldades financeiras	03	37,5
Pobreza	03	37,5
Conflito conjugal	02	25,0
Falta de coesão da família	02	25,0
Falta de valorização da maternidade	02	25,0
Gravidez indesejada	02	25,0
Dificuldades legais	01	12,5
Falta de recursos	01	12,5
Mãe solteira	01	12,5
Modelo insatisfatório do papel de mãe	01	12,5
Estratégia de enfrentamento mal adaptada	01	12,5
<b>-Fatores psicológicos:</b>		
Distúrbio do sono	07	87,5
Depressão	02	25,0
História de doença mental	01	12,5
Trabalho de parto e parto difíceis	01	12,5
<b>-Fatores de conhecimento:</b>		
Falta de conhecimento sobre a manutenção da saúde da criança	06	75,0
Baixo nível ou desenvolvimento educacional	05	62,5
<b>Características definidoras</b>		
Habilidades pobres ou impróprias para o cuidado	04	50,0
Arranjos impróprios para o cuidado da criança	03	37,5
Declarações de incapacidade para satisfazer as necessidades da criança	02	25,0
Verbalização de inadequação ao papel	01	12,5
Verbalização de frustração	01	12,5

Mesmo que este diagnóstico se refira a fase da família com presença de criança, ele pode continuar, até a fase adulta, mostrando o quanto a maternidade e a família possuem um significado especial, na vida do ser humano (MONTEFUSCO, 2006).

A baixa autoestima pode contribuir para o risco e para a maternidade prejudicada. Analisada separadamente, a **baixa autoestima** foi evidenciada em 30% das puérperas (tabela 26), relacionada principalmente à falta de reconhecimento do companheiro (58,3%) e distúrbio na imagem (41,7%). Elas se sentiram desamparadas e relataram a importância do apoio e reconhecimento deles, pois consideraram uma fase importante da vida delas e das crianças.

**Tabela 26:** Fatores relacionados e características definidoras de baixa autoestima situacional (n=12) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores relacionados	f	%
-Falta de reconhecimento (do companheiro)	07	58,3
-Distúrbio na imagem corporal	05	41,7
-Prejuízo funcional	03	25,0
-Rejeição	02	16,7
Características definidoras	f	%
-Expressão de desamparo	08	100,0
Verbalização autonegativas	06	50,0
Avaliação de si mesma como incapaz de lidar com situações ou eventos	06	50,0
Expressões de sentimento de inutilidade	02	16,7
Comportamento indeciso	01	8,3

A baixa autoestima é considerada como fator de risco para a depressão (GONÇALVES, 2000; SCHMIDT; PICCOLOTO; MULLER, 2005).

Pelas implicações pessoais e sociais, baixa autoestima, deveria ser melhor avaliada, tanto no pré-natal como no puerpério. A abordagem dos profissionais para ajudar as mulheres, neste contexto, pode ser necessária, na atenção básica.

O **risco de baixa autoestima** (tabela 27) representou 17,5% entre as puérperas.

**Tabela 27:** Fatores de risco para risco de baixa autoestima situacional (n=7) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores de risco	f	%
Controle sobre o ambiente diminuído	03	42,9
História de desamparo conhecido	03	42,9
História de abuso sexual	01	14,3
Mudança no papel social	01	14,3

Entre os fatores de risco para baixa autoestima está o controle sobre ambiente diminuído surgido em três casos, sendo dois casos devido a ciúmes do filho primogênito em relação à criança. Evidenciou-se em 42,9% das puérperas, com risco de baixa autoestima situacional, a história de desamparo conhecido. Os casos foram devido ao abandono das mães das puérperas, em alguma fase de suas vidas.

O risco para baixa autoestima precisa ser avaliado, precocemente. De acordo com Zagonel et al. (2003), este diagnóstico deve ser avaliado durante o pré-natal, assim como a rede de suporte social, para que na fase de pós-parto a puérpera tenha o apoio necessário e disponível para enfrentar as mudanças ocorrentes, nesta fase.

Outro diagnóstico inerente à esfera psicossocial é o **medo**, que estava presente em 27,5% das puérperas, geralmente relacionado à falta de conhecimento com a maternidade, principalmente nas primíparas, e, por separação do sistema de apoio, em situação potencialmente estressante, evidenciada pela identificação do objeto do medo: medo do filho adoecer, da criança sufocar durante o sono, e de perder a guarda do outro filho (tabela 28).

**Tabela 28:** Fatores relacionados e características definidoras de medo (n=11) em puérperas (N=40) no período imediato e tardio. Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Fatores relacionados	f	%
-Falta de familiaridade com experiência (s) da maternidade	05	45,4
-Resposta aprendida	03	27,2
-Separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante	1	9,0
Características definidoras	f	%
Identifica o objeto do medo	06	54,5
Relato de tensão aumentada	04	36,3
Aprensão	02	18,2

O que pode favorecer o enfrentamento do medo, pela puérpera, é o apoio da família, o contexto social e cultural onde está inserida. Outra questão importante é o suporte profissional, pois o medo que enfrenta relativo à saúde da criança precisa ser identificado e acolhido.

Os diagnósticos: **risco para nutrição mais do que as necessidades corporais e constipação percebida** não foram evidenciados.

Analisando-se descritivamente a distribuição do número de diagnósticos de enfermagem, apresentados pelas puérperas, segundo as variáveis sociodemográficas, conforme mostra tabela 29, a faixa etária que mais apresentou diagnósticos reais foi a de 31 a 35 anos (50%). Para os demais houve 6 diagnósticos de enfermagem reais ou menos. Em todas as faixas etárias predominaram acima de 3 diagnósticos de risco. Constatou-se maior número de DE de bem-estar as puérperas na faixa de 26 a 30 anos (63,6%) e ao contrário, as que apresentavam menor número de respostas indicativas de bem-estar foram àquelas na faixa etária de 21 a 25 anos.

**Tabela 29:** Distribuição do número de diagnósticos de enfermagem reais, de risco e de bem-estar, segundo as características sociodemográficas das puérperas (N=40), Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Características sociodemográficas		número de DE real				número de DE de risco				número de DE de bem-estar			
		≤6		>6		≤3		>3		≤2		>2	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade	18-20	03	75,0	01	25,0	01	25,0	03	75,0	02	50,0	02	50,0
	21-25	10	66,6	05	33,3	03	20,0	12	80,0	12	80,0	03	20,0
	26-30	09	81,8	02	18,2	03	27,2	08	72,8	04	36,4	07	63,6
	31-35	05	50,0	05	50,0	02	20,0	08	80,0	05	50,0	05	50,0
	Subtotal	27	67,5	13	32,5	09	22,5	31	77,5	23	57,5	17	42,5
Estado civil	Casada	17	73,9	06	26,1	04	17,4	19	82,6	13	56,5	10	43,5
	União consensual	07	63,6	04	36,4	03	27,3	08	72,7	07	63,6	04	36,4
	Solteira	03	50,0	03	50,0	02	33,3	04	66,7	03	50,0	03	50,0
	Subtotal	27	67,5	13	32,5	09	22,5	31	77,5	23	57,5	17	42,5
Escolaridade	Não-alfabetizada	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
	Fundamental incompleto	14	73,7	05	26,3	05	26,3	14	73,7	12	63,2	07	36,8
	Fundamental completo	02	50,0	02	50,0	01	25,0	03	75,0	03	75,0	01	25,0
	Médio incompleto	02	66,7	01	33,3	-	-	03	100,0	02	66,7	01	33,3
	Médio completo	07	63,6	04	36,4	02	18,2	09	81,8	05	45,6	06	54,5
	Superior incompleto e completo	02	66,7	01	33,3	01	33,3	02	66,7	01	33,3	02	66,7
	Subtotal	27	67,5	13	32,5	09	22,5	31	77,5	23	57,5	17	42,5
Ocupação	Do lar	16	72,7	06	27,3	04	18,2	18	81,8	16	72,7	06	27,3
	Autônoma	05	55,6	04	44,4	02	22,2	07	77,8	03	33,3	06	66,7
	Outras	06	66,7	03	33,3	03	33,3	06	66,7	04	44,4	05	55,6
	Subtotal	27	67,5	13	32,5	09	22,5	31	77,5	23	57,5	17	42,5
Tipo de moradia	Própria	19	79,2	05	20,8	02	8,3	22	91,7	15	62,5	09	37,5
	Alugada	05	45,6	06	54,5	04	36,4	07	63,6	06	54,5	05	45,6
	Cedida	03	60,0	02	40,0	03	60,0	02	40,0	02	40,0	03	60,0
	Subtotal	27	67,5	13	32,5	09	22,5	31	77,5	23	57,5	17	42,5
Renda familiar em salário mínimo	Até 1	06	100,0	-	-	02	33,3	04	66,7	04	66,7	02	33,3
	1 a 2	05	38,5	08	61,5	03	23,1	10	76,9	06	46,2	07	53,8
	3 a 4	13	76,5	04	23,5	02	11,8	15	88,2	12	70,6	05	29,4
	+ 4	03	75,0	01	25,0	02	50,0	02	50,0	01	25,0	03	75,0
	Subtotal	27	67,5	13	32,5	09	22,5	31	77,5	23	57,5	17	42,5
Número de moradores	1 a 2	01	100,0	-	0,0	01	100,0	-	0,0	01	100,0	-	0,0
	3 a 4	14	63,6	08	36,4	06	27,3	16	72,7	10	45,5	12	54,5
	5 a 6	09	69,2	04	30,8	01	7,7	12	92,3	08	61,5	05	38,5
	7 a 8	02	100,0	-	0,0	-	0,0	02	100,0	02	100,0	-	0,0
	+ 8	01	50,0	01	50,0	01	50,0	01	50,0	02	100,0	-	0,0
	Subtotal	27	67,5	13	32,5	09	22,5	31	77,5	23	57,5	17	42,5
Renda per capita em reais	<100	05	71,4	02	28,6	02	28,6	05	71,4	05	71,4	02	28,6
	≥100 e <200	07	63,6	04	36,4	02	18,2	09	81,8	07	63,6	04	36,4
	≥200 e <300	08	57,1	06	42,9	02	14,3	12	85,7	07	50,0	07	50,0
	≥300 e <400	04	100,0	-	0,0	01	25,0	03	75,0	03	75,0	01	25,0
	≥400	03	75,0	01	25,0	02	50,0	02	50,0	01	25,0	03	75,0
	Subtotal	27	67,5	13	32,5	09	22,5	31	77,5	23	57,5	17	42,5

Em relação ao estado civil, as casadas e em união consensual apresentaram menos diagnósticos reais (73,9% e 63,6% respectivamente), o que pode ser explicado pela presença do marido ou companheiro, que em geral reflete de forma positiva no apoio emocional. No entanto, as puérperas apresentaram mais diagnósticos de risco (80,0% e 72,7% respectivamente), entre os quais: o risco para a maternidade prejudicada, que pode ser relacionado à preocupação com as dificuldades financeiras e/ou uma gravidez não-planejada.

As puérperas solteiras tiveram proporcionalmente mais diagnósticos reais, provavelmente pela inexperiência com a maternidade e falta de conhecimento sobre amamentação, cuidados com mamas e a criança. Contudo, 50,0% das solteiras tiveram mais de dois diagnósticos de bem-estar por contarem com a fonte de apoio familiar, principalmente do pai e da mãe, que demonstraram boa aceitação da criança e adaptação familiar com as responsabilidades que o puerpério demanda.

Quanto à escolaridade, de modo geral, predominou a ocorrência de seis ou menos diagnósticos reais, exceto para aqueles com ensino fundamental incompleto, em que 50% apresentaram mais de 6 diagnósticos reais. Todavia, em todos os níveis de escolaridade houve mais de 3 diagnósticos de risco, enquanto que o número maior de diagnósticos de bem-estar ( $> 2$ ) foi mais frequente apenas para aquelas com escolaridade de nível médio completo ou superior (completo ou incompleto). A escolaridade influenciou aparentemente na expressão das respostas humanas de bem-estar, que surgem quando as pessoas estão em um nível satisfatório de saúde, que pode ser ainda mais desenvolvido.

As oito puérperas que apresentaram acima de dois diagnósticos de bem-estar, eram casadas, com renda familiar acima de 4 salários mínimos, com 3 a 4 moradores na casa. Mostraram disposição para a maternidade e a família adaptada à nova fase, com o nascimento da criança.

Referente à ocupação, predominou de modo geral seis ou menos diagnósticos. As autônomas apresentaram proporcionalmente mais diagnósticos reais, (44,4%), que por sua vez apresentaram acima de 2 diagnósticos de bem-estar. Isto mostra que, embora elas enfrentassem dificuldades e preocupação com a diminuição da renda familiar, por estarem envolvidas em trabalhos informais, por outro lado buscaram maior envolvimento com a maternidade e interação com a família.

Quanto aos diagnósticos de risco, as puérperas de todas as ocupações apresentaram predominantemente mais de 3 diagnósticos, principalmente as do lar (81,8%), o que pode ser explicado pelo envolvimento delas, na maioria das vezes, com afazeres domésticos e com os filhos, estando mais próximas do conhecimento transmitido pelos familiares. Como exemplo: o risco de amamentação ineficaz pelo oferecimento de chá à criança, em virtude da orientação de pessoas que fazem parte do convívio das puérperas.

Considerando o tipo de moradia, o número de diagnósticos reais acima de 6 constatou-se nas puérperas que residiam em casas alugadas (54,5%) e o número de diagnósticos de risco acima de três, prevaleceu nas que moravam em casas próprias (91,7%). Porém, os diagnósticos de enfermagem de bem-estar acima de 2, evidenciou-se nas que moravam em casas cedidas (60,0%), que geralmente pertenciam aos pais ou sogros das puérperas e estes moravam próximos das casas, interferindo positivamente nesta fase de transição, pelo apoio financeiro, emocional, cuidados com a criança e afazeres domésticos.

Quanto à renda familiar, 61,5% das puérperas com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos apresentaram diagnósticos reais acima de 6. Puérperas com renda entre 3 e 4 salários mínimos apresentaram predominantemente diagnósticos de risco acima de 3 (88,2%). Os diagnósticos de bem-estar acima de 2 diagnósticos, prevaleceram naquelas com renda acima de 4 salários mínimos (75,0%). Assim, percebe-se que o tipo diagnóstico vai de real a bem-estar, conforme maior renda familiar.

Quanto ao número de moradores no domicílio, de modo geral prevaleceram 6 diagnósticos reais ou menos, e mais de 3 diagnósticos de risco para as diferentes variações do número de pessoas residentes. Os DE tornam-se mais frequentes quando o número de moradores é de 3 a 4 (54,5%). Geralmente, as famílias eram constituídas pela puérpera, marido ou companheiro, a criança e com primogênito ou não. A constituição familiar menor, porém não tão reduzida, favoreceu para que a puérpera dedicasse seus cuidados à criança e a ela mesma.

O número de diagnósticos reais, igual ou menor a 6 e o de potenciais maior que 3, foi evidente em todas as classes de renda per capita. A renda per capita acima de quatrocentos reais mostrou-se favorável ao diagnóstico de bem-estar acima de 2 em 75,0% das puérperas.

Percebe-se que as características sociodemográficas parecem influenciar no número dos diagnósticos de enfermagem, conforme os tipos dos diagnósticos (real, de risco ou de bem-estar/promoção de saúde).

Ao analisar a relação entre o número de DE reais, risco, bem-estar e as características sociodemográficas estabelecidas, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (tabela 30).

**Tabela 30:** Relação entre o número de diagnósticos de enfermagem reais, de risco e de bem-estar, segundo as características sociodemográficas das puérperas (N=40), Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Características sociodemográficas		número de DE real	número de DE de risco	número de DE de bem-estar
Idade	18-20	0,687	0,866	0,158
	21-25			
	26-30			
	31-35			
Estado civil	Casada	0,093	0,870	0,245
	União consensual			
	Solteira			
Escolaridade	Não-alfabetizada	0,814	0,590	0,854
	Fundamental incompleto			
	Fundamental completo			
	Médio incompleto			
	Médio completo			
	Superior incompleto e completo			
Ocupação	Do lar	0,583	,0527	0,549
	Autônoma			
	Outras			
Tipo de moradia	Própria	0,061	0,121	0,338
	Alugada			
	Cedida			
Renda familiar em salário mínimo	Até 1	0,591	0,356	0,757
	1 a 2			
	3 a 4			
	+ 4			
Número de moradores	1 a 2	0,490	0,288	0,767
	3 a 4			
	5 a 6			
	7 a 8			
	+ 8			
Renda per capita em reais	<100	0,232	0,292	0,807
	≥100 e <200			
	≥200 e <300			
	≥300 e <400			
	≥400			

A maioria das participantes (67,5%) apresentaram o total de diagnósticos reais menor ou igual a 6, conforme se pode visualizar na tabela 31. Observando as características obstétricas verificou-se que estavam predominantemente nos primeiros 15 dias do puerpério (83,3%) ou no período de 31-45 dias (63,6%), tiveram um filho (72,7%) ou três ou mais (75%), tiveram parto normal (71,4%), foram atendidas em instituições conveniadas ou particulares (73,7%), iniciaram pré-natal no 1º trimestre (71,9%), fizeram 9 ou mais consultas (72,2%) e tiveram filho a termo (72,2%).

**Tabela 31:** Distribuição do número de diagnósticos de enfermagem reais, de risco e de bem-estar, segundo as variáveis obstétricas das puérperas (N=40), Distrito Sanitário Leste Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Características obstétricas		número de DE real				número de DE de risco				número de DE de bem-estar			
		≤6		>6		≤3		>3		≤2		>2	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dias de pós-parto	Até 15	15	83,3	03	16,7	04	22,2	14	77,8	09	50,0	09	50,0
	16 a 30	05	45,5	06	54,5	03	27,3	08	72,7	06	54,5	05	45,5
	31-45	07	63,6	04	36,4	02	18,2	09	81,8	08	72,7	03	27,3
	Subtotal	27	67,5	13	32,5	09	22,5	31	77,5	23	57,5	17	42,5
Paridade	01	08	72,7	03	27,3	04	36,4	07	63,6	07	63,6	04	36,4
	02	10	58,8	07	41,2	04	23,5	13	76,5	08	47,0	09	53,0
	03 ou +	09	75,0	03	25,0	01	8,3	11	91,7	08	66,7	04	33,3
	Subtotal	27	67,5	13	32,5	09	22,5	31	77,5	23	57,5	17	42,5
Tipo de parto	Normal	10	71,4	04	28,6	04	28,6	10	71,4	07	50,0	07	50,0
	Cesáreo	17	65,4	09	34,6	05	19,2	21	80,8	16	61,5	10	38,5
	Subtotal	27	67,5	13	32,5	09	22,5	31	77,5	23	57,5	17	42,5
Instituição	Pública	13	61,9	08	38,1	06	28,6	15	71,4	13	61,9	08	38,1
	Convênio ou particular	14	73,7	05	26,3	03	15,8	16	84,2	10	52,6	09	47,4
	Subtotal	27	67,5	13	32,5	09	22,5	31	77,5	23	57,5	17	42,5
Início do pré-natal	1º trimestre	23	71,9	09	28,1	08	25,0	24	75,0	17	53,1	15	46,9
	2º trimestre	04	66,7	02	33,3	-	0,0	06	100,0	05	83,3	01	16,7
	3º trimestre	-	0,0	02	100,0	01	50,0	01	50,0	01	50,0	01	50,0
	Subtotal	27	67,5	13	32,5	09	22,5	31	77,5	23	57,5	17	42,5
Número de consultas	Até 5	05	62,5	03	37,5	01	12,5	07	87,5	05	62,5	03	37,5
	6 a 8	17	68,0	08	32,0	07	28,0	18	72,0	14	56,0	11	44,0
	9 ou mais	05	71,4	02	28,6	01	14,3	06	85,7	04	57,1	03	42,9
	Subtotal	27	67,5	13	32,5	09	22,5	31	77,5	23	57,5	17	42,5
Idade gestacional em semanas da criança no parto	< 37	01	25,0	03	75,0	-	0,0	04	100,0	03	75,0	01	25,0
	≥ 37	26	72,2	10	27,8	09	25,0	27	75,0	20	55,6	16	44,4
	Subtotal	27	67,5	13	32,5	09	22,5	31	77,5	23	57,5	17	42,5

Apresentaram mais de 6 diagnósticos reais as puérperas com 16 a 30 dias de pós-parto (54,4%), que iniciaram o pré-natal no 3º trimestre (100%), e que tiveram filho prematuro (75%).

O período mais crítico do pós-parto foi entre 16 e 30 dias, fase na qual houve predomínio de diagnósticos reais, o que pode estar relacionado à diminuição do apoio familiar. Nos primeiros 15 dias, as puérperas enfrentaram dificuldades relacionadas principalmente à amamentação, como: o ingurgitamento mamário, traumas mamilares. Porém, foi também, nesta fase que elas encontraram maior apoio familiar. Geralmente, este apoio foi oriundo da figura feminina, como: a mãe, sogra, irmã. Estas mulheres permaneciam ou frequentavam diariamente as casas das puérperas para ajuda integral. Entretanto, com o restabelecimento biológico ou necessidades pessoais da puérpera, este apoio diminuía. Assim, em torno da segunda semana de pós-parto as puérperas retomavam aos poucos seus afazeres domésticos e assumiam os cuidados com a criança. Com isso, as puérperas descansavam menos, ficavam com o sono prejudicado, mais ansiosas e com medo de acontecer algo com a criança, e os problemas com a amamentação, muitas vezes, se tornavam mais prolongados neste período.

Ao analisar o número de puérperas que apresentaram 6 ou mais diagnósticos reais, em relação ao início do pré-natal, observou-se que aquelas que estavam no terceiro trimestre ao iniciar o pré-natal apresentaram proporcionalmente mais diagnósticos. Considerando o número de consultas realizadas, aquelas que tiveram cinco ou menos consultas apresentaram proporcionalmente mais diagnósticos.

Duas puérperas iniciaram tardiamente o pré-natal, sendo que ambas tinham dois filhos ou mais. Uma já tinha feito outro (s) pré-natal (is) considerou desnecessário buscar a assistência mais precoce, e a outra referiu ter descoberto tardiamente a gestação. Embora sejam minoria, na amostra, as ocorrências destes casos chamam atenção e provocam inquietações.

Em relação à idade gestacional em semanas na resolução do parto, aquelas cujo RN nasceu com idade menor que 37 semanas apresentaram proporcionalmente mais diagnósticos.

Vieira e Rossi (2000) perceberam que mães de filhos prematuros (hospitalizados) passam por momentos de crises, em especial para a mãe em seu pós-parto, e também para a família envolvida nesta situação. Estes momentos

difíceis, exigem uma adaptação para que ocorra a superação ou mesmo aceitação dessa condição, sendo os profissionais de saúde um apoio necessário, nesta fase.

Em relação à ocorrência ao número de diagnósticos de risco, as puérperas com mais de 30 a 45 dias de pós-parto apresentaram maior ocorrência de mais de três diagnósticos (81,8%), assim como àquelas com três filhos ou mais (91,7%), e as que tiveram partos cesáreos (80,8%), e foram atendidas em instituições conveniadas ou particulares (84,2%). Considerando o início do pré-natal, aquelas que estavam no segundo trimestre tiveram frequência de diagnósticos de risco maior que três (100%) no período puerperal analisado. Aquelas que fizeram até cinco consultas ou mais que nove também apresentaram maior frequência de diagnósticos de risco (87,5 e 85,7%, respectivamente). Nas puérperas que tiveram a criança com idade gestacional menor que 37 semanas houve mais de três diagnósticos de risco.

Os diagnósticos de risco mais expressivos foram relacionados ao conhecimento deficiente e fatores culturais. Parte do perfil destas puérperas (início de pré-natal no segundo trimestre, três filhos ou mais, fizeram cesáreo, até cinco consultas de pré-natal, tiveram partos prematuros), com diagnósticos desta natureza, mostraram comportamentos/ocorrências que podem estar ligados à falta de informação.

Tiveram maiores incidências de diagnósticos de bem-estar (> 2) as puérperas que se apresentaram nos primeiros 15 dias de pós-parto (50,0%), aquelas com dois filhos (53%), as que tiveram parto normal (50,0%), as que receberam atendimento em instituições conveniadas ou particulares (47,4%), puérperas que iniciaram o pré-natal no primeiro<sup>4</sup> trimestre da gestação (46,8%), número de consultas de pré-natal entre 6 e 8, nove ou mais (44,4 e 42,8% respectivamente) e que tiveram a criança com idade gestacional a termo (44,4%).

Ao analisar a relação entre o número de DE reais, risco, bem-estar não foi encontradas diferenças estatisticamente significativas com as características obstétricas estabelecidas (tabela 32).

---

<sup>4</sup> Neste caso, pelo pequeno número de puérperas (n=2) que iniciaram o pré-natal no terceiro trimestre, em que 1 correspondeu a 50%, foi considerado o percentual mais próximo (46,8%) de categoria mais expressiva.

**Tabela 32:** Relação entre o número de diagnósticos de enfermagem reais, de risco e de bem-estar, segundo as variáveis obstétricas das puérperas (N=40), Distrito Sanitário Leste. Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Características obstétricas		número de DE real	número de DE de risco	número de DE de bem-estar
Dias de pós-parto	Até 15	0,057	0,543	0,081
	16 a 30			
	31-45			
Paridade	01	0,440	0,376	0,628
	02			
	03 ou +			
Tipo de parto	Normal	0,185	0,105	0,834
	Cesáreo			
Instituição	Pública Convênio ou particular	0,244	0,549	0,979
Início do pré-natal	1º trimestre	0,834	0,636	0,502
	2º trimestre			
	3º trimestre			
Número de consultas	Até 5	0,930	0,963	0,375
	6 a 8			
	9 ou mais			
Idade gestacional em semanas da criança no parto	< 37	0,144	0,246	0,513
	≥ 37			

Na análise inferencial, a soma total dos escores correspondentes ao número de diagnósticos reais, potenciais e de bem-estar, foi comparada entre todos os grupos formados pela dicotomização das variáveis independentes. Utilizando o teste de Mann-Whitney, não foram encontradas diferenças nos grupos em relação à idade ( $p=0,520$ ), estado civil ( $p=0,726$ ), tipo de moradia ( $p=0,149$ ), escolaridade ( $p=0,830$ ), renda familiar ( $p=0,277$ ), renda per capita ( $p=0,850$ ), cor autorreferida ( $p=0,083$ ), tipo de parto ( $p=0,243$ ), início do pré-natal ( $p=0,908$ ), tempo de gestação ( $p=0,472$ ).

Em relação a cada um dos diagnósticos de enfermagem, utilizando o teste qui-quadrado e seus variantes foram encontradas algumas associações, conforme se pode observar na tabela 33.

**Tabela 33:** Valor de p obtido no teste de qui-quadrado para avaliação da associação entre os diagnósticos de enfermagem de interesse e as características sociodemográficas e obstétricas das puérperas no período imediato e tardio (N=40), Distrito Sanitário Leste Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Diagnósticos de enfermagem /Variáveis	Idade	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Renda	Tipo de moradia	Cor autorreferida	Dias de pós-parto	Paridade	Número de consultas pré-natal	Tipo de parto
Risco de amamentação interrompida	0,440	0,259	0,951	0,657	0,846	0,028	0,759	0,259	0,500	0,735	0,650
Amamentação eficaz	0,678	0,696	0,422	0,352	0,715	0,331	0,722	0,789	0,550	0,246	0,418
Risco de amamentação ineficaz	0,320	0,301	0,126	0,246	0,279	0,152	0,381	0,483	0,722	0,970	0,508
Amamentação ineficaz	0,678	0,696	0,422	0,352	0,715	0,331	0,722	0,789	0,550	0,246	0,418
Amamentação interrompida	0,440	0,259	0,951	0,657	0,846	0,028	0,759	0,259	0,500	0,735	0,650
Risco de infecção	0,564	0,751	0,954	0,265	0,728	0,273	0,812	0,915	0,300	0,649	0,724
Integridade tissular prejudicada	0,887	0,633	0,609	0,513	0,097	0,726	0,774	0,542	0,392	0,624	0,011
Risco de integridade da pele prejudicada	0,593	0,617	0,572	0,329	0,125	0,971	0,084	0,291	0,601	0,020	0,355
Integridade da pele prejudicada	0,654	0,880	0,671	0,350	0,043	0,957	0,125	0,132	0,509	0,032	0,524
Ansiedade	0,681	0,675	0,627	0,453	0,235	0,293	0,965	0,103	0,398	0,875	0,588
Nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais	0,630	0,939	0,879	0,869	0,533	0,001	0,021	0,062	0,20	0,560	0,311
Disposição para nutrição melhorada	0,148	0,426	0,528	0,657	0,452	0,099	0,044	0,090	0,073	0,727	0,383
Nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais	0,167	0,062	0,802	0,423	0,945	0,001	0,667	0,423	0,241	0,532	0,583
Disposição para maternidade melhorada	2,391	0,683	0,754	0,057	0,607	0,836	0,973	0,223	0,500	0,747	0,539
Risco para maternidade prejudicada	0,201	0,665	0,775	0,746	0,876	0,252	0,919	0,559	0,249	0,821	0,491

**Continuação da tabela 33:** Valor de p obtido no teste de qui-quadrado para avaliação da associação entre os diagnósticos de enfermagem de interesse e as características sociodemográficas e obstétricas das puérperas no período imediato e tardio (N=40), Distrito Sanitário Leste Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Diagnósticos de enfermagem /Variáveis	Idade	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Renda moradia	Cor autorreferida	Dias de pós- parto	Paridade	Número de consultas pré-natal	Tipo de parto
Maternidade prejudicada	0,342	0,422	0,648	0,100	0,107	0,487	0,965	0,539	0,777	0,240
Disposição para processos familiares melhorados	0,723	0,880	0,633	0,322	0,285	0,187	0,726	0,154	0,959	0,770
Processos familiares interrompidos	0,723	0,880	0,633	0,322	0,285	0,187	0,726	0,154	0,959	0,770
Insônia	0,403	0,411	0,371	0,653	0,051	0,651	0,236	0,615	0,276	0,541
Dor aguda	0,242	0,683	0,216	0,941	0,006	0,909	0,032	0,013	0,453	0,352
Risco de constipação	0,534	0,089	0,227	0,158	0,113	0,059	0,483	0,667	0,975	0,747
Constipação	0,192	0,685	0,103	0,166	0,330	0,221	0,305	0,342	0,556	0,949
Risco de baixa autoestima situacional	0,091	0,661	0,459	0,164	0,447	0,982	0,366	0,529	0,234	0,818
Baixa autoestima situacional	0,385	0,697	0,487	0,219	0,022	0,447	0,051	0,595	0,380	0,874
Medo	0,908	0,667	0,333	0,081	0,544	0,200	0,065	0,345	0,966	0,560
										0,596

Foi encontrada associação significativa para os diagnósticos de amamentação interrompida e tipo de moradia ( $p=0,028$ ); *risco de amamentação interrompida* e tipo de moradia ( $p=0,028$ ); integridade tissular prejudicada e tipo de parto ( $p=0,011$ ); risco de integridade da pele prejudicada e número de consultas de pré-natal ( $p=0,020$ ); integridade da pele prejudicada e renda familiar ( $p=0,043$ )/ número de consultas de pré-natal ( $p=0,032$ ); nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais e moradia ( $p=0,001$ )/ cor autorreferida ( $p=0,021$ )/ paridade ( $p=0,020$ ); disposição para nutrição melhorada e cor autorreferida ( $p=0,044$ ); nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais e tipo de

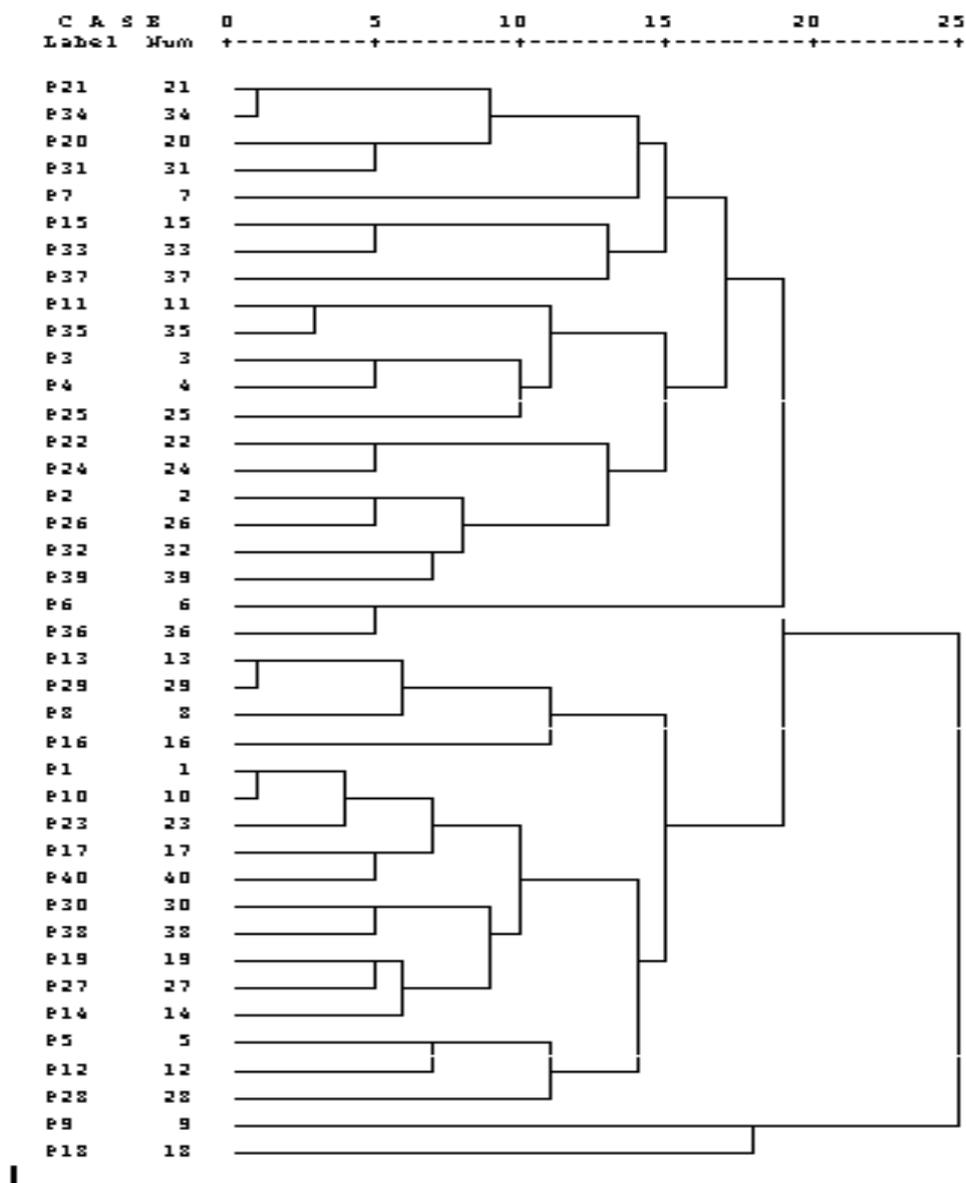
moradia ( $p=0,001$ ); dor aguda e renda familiar ( $p=0,032$ )/ cor autorreferida ( $p=0,032$ )/dias de pós-parto ( $p=0,013$ )/tipo de parto ( $p=0,002$ ) ; risco de constipação e tipo de parto ( $p=0,017$ ); e baixa autoestima situacional e renda ( $0,022$ ). Para os demais diagnósticos e variáveis sociodemográficas ou obstétricas, não foi evidenciada associação estatisticamente significativa.

Três diagnósticos apresentaram-se com uma constante: conhecimento deficiente (100%), risco para nutrição mais do que as necessidades corporais (0%) e constipação percebida (0%), assim, não foram computados, neste teste.

Em seguida foi realizado procedimento para segmentação de grupos pelo método hierárquico (análise de cluster). A análise de cluster busca agrupar elementos de dados baseando-se na similaridade entre eles. Os grupos são determinados com o objetivo de se obter um elevado grau de homogeneidade, dentro dos grupos, e alto nível de heterogeneidade, entre eles.

Na análise de segmentos, considerando o padrão de diagnósticos de enfermagem identificados, foram obtidos três clusters sendo: o primeiro com 21 puérperas, o segundo com 17 e o terceiro com 02 puérperas. O dendrograma (figura 1) ilustra a distribuição das puérperas pela aproximação em cluster dos diagnósticos de enfermagem.

**Figura 01:** Dendrograma representativo da distribuição das puérperas no período imediato e tardio de acordo com a segmentação dos diagnósticos de enfermagem (N=40), Distrito Sanitário Leste, Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.



A partir de agora os dados relativos aos três clusters que foram identificados. A tabela 34 mostra a relação entre os diagnósticos de enfermagem identificados, separados de acordo com os conceitos de enfermagem e agrupados na forma de cluster.

**Tabela 34:** Diagnósticos de enfermagem, das puérperas no período imediato e tardio agrupadas em cluster (N=40), Distrito Leste Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Conceito diagnóstico de enfermagem	Cluster1		Cluster2		Cluster3	
	n=21		n=17		n=02	
	f	%	f	%	f	%
<b>-Conhecimento</b>						
Conhecimento deficiente sobre: ordenha e/ou armazenamento de leite materno e/ou cuidados com a criança e/ou cuidado com as mamas e/ou alimentação materna e/ou cuidados com incisão cirúrgica abdominal ou perineal ou laceração	21	100,0	17	100,0	02	100,0
<b>-Amamentação</b>						
Risco de amamentação interrompida	21	100,0	17	100,0	01	50,0
Amamentação eficaz	18	85,7	16	94,1	01	50,0
Risco de amamentação ineficaz	17	81,0	12	70,6	01	50,0
Amamentação ineficaz	03	14,3	01	5,9	01	50,0
Amamentação interrompida	-	-	-	-	01	50,0
<b>-Infecção</b>						
Risco de infecção: Mamária e/ou vaginal e/ou perineal e/ou abdominal e/ou cutânea	20	95,2	15	88,2	02	100,0
<b>-Integridade tissular</b>						
Integridade tissular prejudicada	19	90,5	15	88,2	02	100,0
<b>-Integridade da pele prejudicada</b>						
Risco de integridade da pele prejudicada	07	33,3	16	94,1	01	50,0
Integridade da pele prejudicada	14	66,7	-	-	01	50,0
<b>-Ansiedade</b>						
Ansiedade	20	95,2	10	58,8	02	100,0
<b>-Nutrição</b>						
Nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais	20	95,2	09	52,9	-	-
Disposição para nutrição melhorada	01	4,8	08	47,1	-	-
Nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais	-	-	-	-	02	100,0
Risco para nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais	-	-	-	-	-	-
<b>-Processos familiares</b>						
Disposição para processos familiares melhorados	09	42,9	15	88,2	-	-
Processos familiares interrompidos	12	57,1	02	11,8	02	100,0
<b>-Insônia</b>						
Insônia	17	81,0	03	17,6	01	50,0
<b>-Maternidade</b>						
Disposição para maternidade melhorada	05	23,8	14	82,4	-	-
Risco para maternidade prejudicada	10	47,6	03	17,6	-	-
Maternidade prejudicada	06	28,6	-	-	02	100,0
<b>-Dor</b>						
Dor aguda	12	57,1	06	35,3	01	50,0
<b>-Constipação</b>						
Risco de constipação	10	47,6	09	52,9	-	-
Constipação	10	47,6	06	35,3	02	100,0
Constipação percebida	-	-	-	-	-	-
<b>-Autoestima</b>						
Risco de baixa autoestima situacional	05	23,8	02	11,8	01	50,0
Baixa autoestima situacional	09	42,9	-	-	01	50,0
<b>-Medo</b>						
Medo	08	38,1	03	17,6	-	-

O total de diagnósticos de enfermagem apresentados no cluster1 foi de 297, com média de 14,1 diagnósticos por puérperas. No cluster2, o total de diagnósticos foi de 196, com média de 11,5. No cluster3, o total de diagnósticos foi de 27, com média de 13,5. Com isto, viu-se que o cluster1 apresentou maior número de diagnóstico de enfermagem, principalmente, àqueles relacionados ao psicossocial.

Em relação ao conceito conhecimento o diagnóstico conhecimento deficiente apresentou-se em 100% em todos os clusters. Ao serem considerados os conceitos amamentação, risco de infecção, integridade tissular prejudicada, integridade da pele prejudicada, constipação, que são de características biológicas, percebeu-se uma distribuição semelhante entre os clusters, com exceção da dor aguda que esteve presente em 57,1% das puérperas do cluster1.

No entanto, no conceito nutrição percebeu-se que puérperas do cluster1 alimentaram-se de forma inadequada, o que levou 95,2% delas apresentarem nutrição alterada menos do que as necessidades corporais. Isto ocorreu devido à restrição alimentar, influenciada pela cultura, principalmente familiar, e, pela falta de informação profissional destas quanto à nutrição adequada no período pós-parto.

No cluster2, este diagnóstico de nutrição para menos representou 52,9% das puérperas, porém 47,1% apresentaram conhecimentos e comportamentos favoráveis a uma boa nutrição coerente com o período pós-parto. No cluster3, dois casos apresentaram nutrição para mais do que as necessidades corporais, e foi neste diagnóstico de enfermagem que as puérperas do cluster3 se diferenciaram das demais. Sintetiza-se que em relação à nutrição o cluster2 evidenciou situação mais favorável.

Ao serem comparados os clusters1 e 2 os conceitos de características psicológicas, como: medo, insônia, autoestima; as características sociais, como maternidade, processos familiares evidenciam-se que os diagnósticos reais ou de risco predominaram no cluster1 como, insônia (81,0%), medo (38,1%), baixa autoestima (42,9%) ou risco (23,8%), maternidade prejudicada (28,6%) ou risco (47,6%) e processos familiares interrompidos (42,9%); enquanto que, os diagnósticos de bem-estar apresentaram-se em maior porcentagem no cluster 2, disposição para maternidade melhorada (82,4%), processos familiares melhorados (88,2%).

Em se tratando de aspectos psicossociais, as puérperas pertencentes ao cluster 2, demonstraram respostas humanas mais favoráveis ao seu período de pós-parto.

As puérperas do cluster1 são mais jovens, 47,6% estão entre a faixa etária de 21 e 25 anos, diferente do cluster2 onde predominou a faixa etária de 31 e 35 anos, conforme se mostra na tabela 35.

Ao se referir a ocupação, a diferença encontrada foi que as puérperas do cluster2 tiveram mais trabalhos formais (29,4%) quando comparadas as do cluster1 (19,0%). Com o emprego materno formal as puérperas tiveram direito à licença maternidade, contribuindo assim, para melhorar a renda familiar. Isto, conseqüentemente, gerou mais tranquilidade às puérperas, que reconheciam que o período de licença maternidade, contribuía para que elas se dedicassem à criança.

Em relação às condições econômicas, o cluster1 sugeriu melhores condições para as puérperas. Observou-se que a renda familiar predominou entre 3 e 4 salários mínimos, (52,4%) com renda per capita entre duzentos e trezentos reais (38,1%), maioria com casa própria (76,2%), quando comparado ao cluster2, que apresentou renda familiar 1 a 2 salários mínimos (52,9%), com uma renda per capita entre duzentos e trezentos reais (35,3%) e (47,1%). Observa-se que somente a condição econômica não é característica explicativa para o número de diagnósticos apresentados pelas puérperas.

As outras características sociodemográficas, estado civil, escolaridade não apresentaram diferenças relevantes, entre as puérperas distribuídas, nos três clusters.

Por conter apenas duas puérperas, o cluster3 não representa realisticamente a amostra, por isso a comparação com os outros agrupamentos apresenta-se menos frequente.

**Tabela 35:** Características sociodemográficas, das puérperas no período imediato e tardio agrupadas em cluster (N=40), Distrito Sanitário Leste Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Características sociodemográficas		Cluster1		Cluster2		Cluster3	
		n	%	n	%	n	%
Idade	18-20	01	4,8	02	11,8	01	50,0
	21-25	10	47,6	05	29,4	-	-
	36-30	06	28,6	04	23,5	01	50,0
	31-35	04	19,0	06	35,3	-	-
	Subtotal	21	100,0	17	100,0	02	100,0
Estado civil	Casada	14	66,7	09	52,9	02	100,0
	União consensual	04	19,0	05	29,4	-	-
	Solteira	03	14,3	03	17,6	-	-
	Subtotal	21	100,0	17	100,0	02	100,0
Escolaridade	Não alfabetizada	-	-	-	-	-	-
	Fundamental incompleto	09	42,9	08	47,1	01	50,0
	Fundamental completo	02	9,5	02	11,8	-	-
	Médio incompleto	02	9,5	01	5,9	01	50,0
	Médio completo	06	28,6	05	29,4	-	-
	Superior incompleto	01	4,8	01	5,9	-	-
	Superior completo	01	4,8	-	-	-	-
Subtotal	21	100,0	17	100	02	100,0	
Ocupação	Do lar	12	57,1	08	47,1	02	100,0
	Autônoma	05	23,8	04	23,5	-	-
	Outras	04	19,0	05	29,4	-	-
	Subtotal	21	100,0	17	100,0	02	100,0
Tipo de moradia	Própria	16	76,2	08	47,1	-	-
	Alugada	05	23,8	06	35,3	-	-
	Cedida	-	-	03	17,6	02	100,0
	Subtotal	21	100,0	17	100,0	02	100,0
Renda familiar em salário mínimo	Sem renda	01	4,8	-	-	-	-
	Até 1	04	19,0	01	5,9	-	-
	1 a 2	03	14,3	09	52,9	01	50,0
	3 a 4	11	52,4	05	29,4	01	50,0
	+ 4	02	9,5	02	11,8	-	-
	Subtotal	21	100,0	17	100	02	100,0
Número de moradores	1 a 2	01	4,8	-	-	-	-
	3 a 4	10	47,6	10	58,8	02	100,0
	5 a 6	07	33,3	06	35,3	-	-
	7 a 8	02	9,5	-	-	-	-
	+ 8	01	4,8	01	5,9	-	-
	Subtotal	21	100,0	17	100,0	02	100,0
Renda per capita em reais	0	01	4,8	-	-	-	-
	<100	03	14,3	03	17,6	-	-
	≥100 e <200	05	23,8	05	29,4	01	50,0
	≥200 e <300	08	38,1	06	35,3	01	50,0
	≥300 e <400	02	9,5	01	5,9	-	-
	≥400	02	9,5	02	11,8	-	-
Subtotal	21	100	17	100	02	100,0	

Nas características obstétricas (tabela 36) observa-se que as puérperas do cluster1 tiveram mais diagnósticos nos primeiros 15 dias de pós-parto (57,1%). Houve distribuição igual entre o número de parto (33,3%), enquanto que, nas puérperas do cluster2 houve mais diagnósticos entre 15 e 30 dias (41,2%) e entre as puérperas com 02 filhos (47,1%). Pode ser que na presença do filho primogênito as puérperas apresentassem controle diminuído do ambiente, devido aos ciúmes deste com a criança. Isso deixava as puérperas mais tensas e ansiosas.

**Tabela 36:** Características obstétricas das puérperas no período imediato e tardio agrupadas em cluster (N=40), Distrito Sanitário Leste Goiânia – GO. Fev./Maio 2008.

Características obstétricas		Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3	
		n	%	n	%	n	%
Dias de puerpério	1 até 15	12	57,1	06	35,3	-	-
	16 a 30	03	14,3	07	41,2	01	50,0
	31 a 45	06	28,6	04	23,5	01	50,0
	Subtotal	21	100,0	17	100,0	02	100,0
Paridade	01	07	33,3	04	23,5	-	-
	02	07	33,3	08	47,1	02	100,0
	03 ou +	07	33,4	05	29,4	-	-
	Subtotal	21	100,0	17	100,0	02	100,0
Tipo de parto	Normal	08	38,1	05	29,5	01	50,0
	Cesáreo	13	61,9	12	70,6	01	50,0
	Subtotal	21	100,0	17	100,0	02	100,0
Instituição	Pública	10	47,6	10	58,8	01	50,0
	Convênio particular ou	11	52,4	07	41,2	01	50,0
	Subtotal	21	100,0	17	100,0	02	100,0
Início do pré-natal	1º trimestre	17	81,0	13	76,5	02	100,0
	2º trimestre	04	19,0	02	11,8	-	-
	3º trimestre	-	-	02	11,8	-	-
	Subtotal	21	100,0	17	100,0	02	100,0
Número de consultas	Até 5	04	19,0	04	23,5	-	-
	6 a 8	13	61,9	10	58,8	02	100,0
	9 ou mais	04	19,0	03	17,6	-	-
	Subtotal	21	100,0	17	100,0	02	100,0
Idade gestacional em semanas da criança no parto	> 37	20	95,2	14	82,4	02	100,0
	34 a 36	01	4,8	03	17,6	-	-
	Subtotal	21	100,0	17	100,0	02	100,0

Em relação ao tipo de parto, a distribuição foi parecida, 61,9% de cesáreos no cluster1 e 70,6% no cluster 2. Quanto à instituição onde foram realizados os partos, 52,4% das puérperas do 1º cluster realizaram em instituições por convênio ou particular, já no 2º cluster 58,8% em instituições públicas. Esta diferença pode ser

explicada pela melhor renda encontrada nas puérperas do cluster1, que pagavam algum tipo de plano de saúde ou particular pela realização do parto.

Ao se tratar de início do pré-natal e número de consultas as puérperas de todos os clusters apresentaram distribuições parecidas, a maioria iniciou pré-natal no 1º trimestre e realizaram de 6 a 8 consultas.

O número de diagnósticos de enfermagem principalmente os de aspectos psicossociais se mostraram mais evidentes nas puérperas do cluster1, que possuíam melhores condições econômicas o que lhes permitiram escolher o tipo de parto e instituição.

## 7 – CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar a ocorrência de 24 dos 26 diagnósticos de enfermagem de interesse, além dos indícios de dois possíveis novos diagnósticos de enfermagem, num grupo de 40 puérperas, no período imediato e tardio no contexto da comunidade.

Por meio do estudo das características sociodemográficas, da amostra, percebeu-se o predomínio da faixa etária entre 21 e 25 anos (37,5%); cor autorreferida a parda (65%); com parceiros (82,5%); baixa escolaridade (47,5%); 60% com moradia própria; renda familiar entre 3 e 4 salários mínimos (42,5%), renda per capita entre duzentos e quatrocentos reais (45,0%); renda familiar a cargo da figura masculina, já que 55% das puérperas referiram como ocupação com atividade do lar.

Quanto às características obstétricas, 65% tiveram partos cesáreos, sendo que em instituições privadas ou conveniadas com plano de saúde suplementar, este tipo de parto ocorreu em 89,5% e nas instituições públicas 42,9%. A maioria (70%) tinha até dois filhos, 80% iniciaram pré-natal no primeiro trimestre de gestação; 80% realizaram no mínimo 6 consultas; 90% tiveram filho a termo; como intercorrências, 32,5% alegaram ter tido infecção do trato urinário, durante a gestação.

Foram identificadas 26 diferentes categorias diagnósticas de enfermagem, com um total de 521 afirmativas diagnósticas, entre as quais 266 envolviam a descrição de problemas reais, 168 referiam risco para desenvolvimento de algum problema e 87 a situações de bem-estar/promoção da saúde. O número de diagnóstico variou de 08 a 16 em cada puérpera, com média de 13, com moda e mediana de 7. A média dos diagnósticos reais, por puérpera, foi de 6,65 ( $\pm 2,65$ ); dos diagnósticos de risco de 4,20 ( $\pm 1,09$ ); e os de bem-estar 2,17 ( $\pm 1,09$ ).

Foram identificados com ocorrência  $\geq 50\%$  os seguintes conjuntos de diagnósticos:

Diagnósticos reais – conhecimento deficiente; integridade tissular prejudicada; ansiedade; nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais; insônia.

Diagnósticos de risco – risco de infecção; risco de integridade da pele prejudicada.

Possíveis novos diagnósticos de risco – *risco de amamentação interrompida; risco de amamentação ineficaz.*

Diagnósticos de bem-estar – amamentação eficaz; disposição para processos familiares melhorados.

Foram identificados com ocorrência < 50% os seguintes conjuntos de diagnósticos:

Diagnósticos reais – nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; amamentação ineficaz; amamentação interrompida; maternidade prejudicada; processos familiares interrompidos; dor aguda; constipação; integridade da pele prejudicada; baixa autoestima situacional; medo.

Diagnósticos de risco – risco de maternidade prejudicada; risco de baixa autoestima situacional; risco de constipação.

Diagnósticos de bem-estar – disposição para nutrição melhorada; disposição para maternidade melhorada.

Os diagnósticos: constipação percebida e risco para nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais não foram evidenciados.

O diagnóstico conhecimento deficiente foi evidenciado em 100% das puérperas, pela falta de exposição profissional ou pela influência do fator cultural. Os diagnósticos de risco presentes demonstram a necessidade de um acompanhamento destas puérperas mais próximo, a fim de evitar que se potencializem até que se tornem reais.

As puérperas que apresentaram mais diagnósticos de enfermagem real acima de seis, foram as da faixa etária entre 31 e 35 anos, as solteiras, com ensino médio completo, as autônomas, com moradia alugada, com renda familiar de até 2 salários mínimos, com número de moradores acima de 8 e renda per capita entre duzentos e trezentos reais, as que estavam no intervalo entre 16 e 30 dias de pós-parto, secundíparas, tipo de parto cesáreo, que tiveram partos em instituições conveniadas com plano de saúde suplementar ou particular, início do pré-natal no terceiro trimestre de gestação, que realizaram menos de cinco consultas de pré-natal e a idade gestacional da criança no parto menor que 37 semanas.

Estas puérperas coincidem com grupo que representa mais problemas, no período pós-parto.

Em relação às puérperas que apresentaram acima de três diagnósticos de risco, predominaram as da faixa etária de 21 a 25 e de 31 a 35 anos, casadas, com ensino médio incompleto, do lar, com casa própria, renda familiar de 3 a 4 salários mínimos, número de 7 e 8 moradores e com renda entre duzentos e trezentos reais; as que estavam no intervalo de pós-parto de 31 a 45 dias, múltíparas, tipo de parto cesáreo, que tiveram partos em instituições conveniadas com plano de saúde suplementar ou particular, com início do pré-natal no segundo trimestre, que realizaram menos de cinco consultas de pré-natal, e a idade gestacional da criança no parto menor que 37 semanas.

Apresentaram diagnóstico de bem-estar acima de dois as puérperas da faixa etária 26 e 30 anos, solteiras, com ensino superior incompleto ou completo, autônomas, com moradia cedida, com renda acima de 4 salários mínimos, número de moradores de 3 a 4 e renda per capita acima de quatrocentos reais, as que estavam no intervalo de pós-parto de 31 a 45 dias, secundíparas, tipo de parto normal, que tiveram partos em instituições conveniadas com plano de saúde suplementar ou particular, com início do pré-natal no primeiro ou no terceiro trimestre, que realizaram seis a oito consultas de pré-natal, e idade gestacional da criança no parto maior ou igual a 37 semanas.

A ocorrência do número de diagnósticos de enfermagem, no presente estudo, foi independente das variáveis sociodemográficas (idade, cor autorreferida, escolaridade, ocupação, renda familiar, renda per capita, tipo de moradia, número de moradores, estado civil) e das variáveis obstétricas (paridade, início do pré-natal, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, instituição em que ocorreu o parto, idade gestacional em semanas da criança no parto).

Na análise inferencial a soma total dos escores foi comparada entre todos os grupos formados pela dicotomização das variáveis independentes, de acordo com o teste de Mann-Whitney. Não foi encontrada diferença nos grupos em relação às características sociodemográficas (idade, estado civil, tipo de moradia escolaridade renda familiar renda per capita cor autorreferida) ou obstétricas (tipo de parto, início do pré-natal e tempo de gestação).

Em relação aos diagnósticos de enfermagem, pelo teste de qui-quadrado e suas variações, foi encontrada associação significativa para os diagnósticos de amamentação interrompida e tipo de moradia ( $p=0,028$ ); *risco de amamentação interrompida* e tipo de moradia ( $p=0,028$ ); integridade tissular prejudicada e tipo de

parto ( $p=0,011$ ); risco de integridade da pele prejudicada e número de consultas de pré-natal ( $p=0,020$ ); integridade da pele prejudicada e renda familiar ( $p= 0,043$ )/ número de consultas de pré-natal ( $p=0,032$ ); nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais e moradia ( $p=0,001$ )/ cor autorreferida ( $p=0,021$ )/ paridade ( $p=0,020$ ); disposição para nutrição melhorada e cor autorreferida ( $p=0,044$ ); nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais e tipo de moradia ( $p=0,001$ ); dor aguda e renda familiar ( $p=0,032$ )/ cor autorreferida ( $p=0,032$ )/dias de pós-parto ( $p=0,013$ )/tipo de parto ( $p=0,002$ ) ; risco de constipação e tipo de parto ( $p=0,017$ ); baixa autoestima situacional e renda familiar ( $p=0,022$ ). Para os demais diagnósticos e variáveis sociodemográficas ou obstétricas, não foram encontradas associações estatisticamente significativas.

Na análise de segmentos, foram identificados três clusters, sendo o cluster 1 composto por 21 puérperas, o cluster 2 por 17 e o cluster 3 por duas puérperas. Os diagnósticos de enfermagem reais ou de risco relacionados ao psicológico e social prevaleceram no cluster1, com total de diagnósticos maior, somando 297, enquanto que no cluster 2 foi de 196 e no cluster 3 foi de 27 diagnósticos.

Percebeu-se, de um lado o movimento das puérperas e das famílias para alcançarem um nível maior de bem-estar, no aleitamento, no exercício da maternidade e nos processos familiares. De outro lado, as puérperas convivem com fatores que as colocam em situação de suscetibilidade a eventos negativos para a saúde do binômio mãe-filho. Somam-se a este contexto as respostas que denotaram problemas de saúde já instalados. Este quadro indica a necessidade de uma reflexão profunda, por parte da Enfermagem, sobre a sua atuação tanto no puerpério como no pré-natal, e sugere o acompanhamento das puérperas mais próximo, adotando-se abordagem individualizada e específica de enfermagem, ainda não contemplada pelas políticas públicas de saúde.

A Enfermagem pode e precisa contribuir, de forma mais decisiva, para resultados eficazes de saúde da população. Tomando como base este mapeamento de diagnósticos de enfermagem, poderá ser criado um protocolo de avaliação das puérperas que fosse mais coerente com a especificidade da profissão, que proporcionasse mais visibilidade para o agir da Enfermagem e principalmente, que possibilitasse atuação mais assertiva, de acordo com as reais necessidades das puérperas, usuárias do Sistema Único de Saúde.

## 8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do conhecimento, nesta pesquisa, teve parceiros imprescindíveis que contribuíram, sobremaneira, no delineamento do estudo e análise dos dados.

Na elaboração deste estudo, uma das dificuldades, encontradas foi a criação do instrumento de coleta de dados, pois não há roteiros disponíveis na literatura, para avaliação puerperal na comunidade, cabendo à Enfermagem desenvolver seus instrumentos de avaliação clínica para essa população, considerando as dimensões biopsicossociais.

Consiste em limitações deste estudo fato da Enfermagem não ter padrão ouro para seus diagnósticos, o que torna necessária a produção de mais estudos, nesta área.

Os serviços locais de saúde, na época da realização da pesquisa não dispunham de um sistema de informação atualizado referente aos dados de saúde da população feminina residente na sua área de abrangência, dificultando o estudo na comunidade.

O processo de realização da pesquisa coincidiu com a reorganização das equipes pela territorialização, fazendo com que o agente comunitário de saúde tivesse dificuldades na identificação dessas puérperas, em sua “nova” área de abrangência.

No processo de coleta de dados, o uso do instrumento extenso foi uma preocupação da pesquisadora por demandar maior tempo no processo de avaliação clínica. No entanto, percebeu-se acessibilidade, receptividade e satisfação das puérperas, durante a pesquisa, pela oportunidade de passarem por um processo de avaliação individualizado e ampliado. Tais ações denotam a existência de abertura das puérperas para abordagens semelhantes, por parte dos enfermeiros das equipes de Saúde da Família.

Considerando que cada profissional tem uma abordagem peculiar para avaliação da puérpera, com base no instrumento de coleta de dados apresentado, é possível a construção do seu próprio roteiro, elaborado coletivamente e de forma

consensual pela equipe de enfermagem, para que possa atingir os propósitos dos profissionais.

Importante que a assistência de enfermagem nas equipes de Saúde da Família aconteça efetivamente mais próxima da realidade vivenciada pela puérpera e sua família. Sugere-se como estratégia que a consulta de enfermagem em visita domiciliar aconteça até o 10º dia, e consultas subsequentes de acordo com as respostas humanas levantadas.

O profissional pode disponibilizar para esta ação um tempo de aproximadamente duas horas para avaliação sistemática do binômio mãe-filho e família, procurando sempre envolver outros membros da equipe.

Com a produção deste trabalho pode-se visualizar integralmente a puérpera no seu contexto sociocultural e familiar. Esta perspectiva deveria fazer parte de toda formação do profissional de Enfermagem independente de ser especialista ou não. Um aspecto favorável para esta visão foi a utilização da Taxonomia de diagnóstico de enfermagem da NANDA que permitiu abordagem da puérpera, de forma holística.

Sugere-se ainda que, durante a assistência de enfermagem no puerpério hospitalar seja utilizada a Taxonomia da NANDA para avaliação dos diagnósticos de enfermagem, inclusive ao encaminhar a puérpera a sua equipe de origem pelo sistema de contrarreferência. Isto, viabilizaria a continuidade da assistência a puérpera no âmbito hospitalar para o contexto da comunidade.

Partiu-se de diagnósticos de enfermagem esperados no período puerperal imediato e tardio, em que aspectos físico-psico-sociais foram considerados. Ao estudar a ocorrência destes diagnósticos, poderá ser desenvolvido o conhecimento da Enfermagem e a visão do período puerperal, numa perspectiva inovadora.

## REFERÊNCIAS

ABRÃO, A.C.F.V.; GUTIÉRREZ, M.G.R.; MARIN, H.F. Diagnóstico de Enfermagem amamentação ineficaz – Estudo de identificação e validação clínica. **Rev. Acta Paul. Enf.** Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.46-55, 2005.

ABRÃO, A.C.F.V.; GUTIÉRREZ, M.G.R.; MARIN, H.F. Utilização do diagnóstico de enfermagem segundo a classificação da NANDA, para a sistematização da assistência de enfermagem em aleitamento materno. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 49-59, abril 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n2/v5n2a07.pdf>. Acesso em: 09/07/2007.

ABREU, E.S.; MARQUES, M.E.A. Histologia da pele normal. In: JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003. Cap.4, p.17 a 29.

ADEWUYA, A.O. The maternity blues in Western Nigerian women: prevalence and risk factors. **Rev. Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.193, ed.4, p.1522-1525, Oct. 2005.

AFONSO, E. **Dificuldades da mulher no puerpério: subsídios para a Enfermagem**. 1998. Dissertação (Mestrado em Ciência de Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 1998.

ALTHABE, F.; BELIZÁN, J.M.; BERGEL, E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. **BMJ**, v.324, n.20, p.945-946, abr., 2002.

ALMEIDA, M.S. **Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para construção de indicadores de gênero**. 2005. 168 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ANDRADE, F.V.; SANTOS, W.J. **O papel da mulher na decisão da via de parto**. 2007. 29 p. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

ANDRADE FILHO, A.C.C.; **Dor – Diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Roca, 2001. 286 p.

ARAGAKI, IMM; SILVA, IA; SANTOS, JLF. Traço e estado de ansiedade de nutrizes com indicadores de hipogalactia e nutrizes com galactia normal. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, São Paulo, v.40, n.03, p. 396-403, set. 2006. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/267.pdf>. Acesso em: 04/07/2008.

ARCANJO, Z.; et al. Diagnósticos de Enfermagem referentes ao sono e repouso de gestantes. **Rev. Enf. UERJ**. Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.378-384, jul/set., 2006.

ARRAIAS, R.A. **As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante**. 2005. 158 p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2005.

ASSIS, A.M. O. et al. Hemoglobin concentration, breastfeeding and complementary feeding in the first year of life. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21084.pdf>. Acesso em: 05/04/2007.

AZEVEDO, D.V.; SAMPAIO, H.A.C. Consumo alimentar de gestantes adolescentes atendidas em serviço de assistência pré-natal. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.16, n.3, p.273-280, jul./set., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n3/a05v16n3.pdf>. Acesso em: 04/09/2007.

BAIÃO, M.R.; DESLANDES, S.F. Alimentação na gestação e puerpério. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.19, n.2, p.245-253, mar./abr., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n2/a11v19n2.pdf>. Acesso em: 04/09/2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI) – **Critérios do CDC para o diagnóstico das infecções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **Pré-Natal e Puerpério**. Atenção Qualificada e Humanizada. Normas e Manuais Técnicos. Caderno nº 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001a.

\_\_\_\_\_. **Como ajudar as mães a amamentar** - King, F. Savage. Tradução de Zuleika Thomson e Orides Navarro Gordon. – 4ª ed. Brasília, 2001b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_13.pdf). Acesso em: 07/07/2007.

\_\_\_\_\_/DATASUS. Cadernos de Informações de Saúde - Versão de julho/2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>. Acesso em: 25/05/2008.

BARROS, S.M.O.; COSTA, C.A.R. Consulta de enfermagem a gestantes com anemia ferropriva. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 105-111, outubro 1999.

BRAUN FILHO, J.L.; BRAUN. L. Dor Aguda. **Dor diagnóstico e tratamento**, v.1, n.2, p.3-14, jul/set., 2004.

BRITO, M.A.G.M. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA identificados em pessoas com lesão medular mediante abordagem baseada na Teoria do Déficit de Autocuidado**. 2007. 229 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, 2007.

CALDERERO, A.R.L.; MIASSO A.I., CORRADI-WEBSTER C.M. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Rev. Eletr. Enf.**, v.10, n.01, p.51-62, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a05.htm>. Acesso em: 01/12/2008.

CAMACHO, R.S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev. psiquiatr. clín.**, v.33, n.2, p.92-102, 2006. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf>. Acesso em: 10/05/2008.

CAMIÁ, G.E.K.; BARBIERI, M. Avaliação do grau de conhecimento e práticas contraceptivas entre puérperas de uma maternidade do município de Campo Grande/MS. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.10, n.2, p.17-29, maio/ago., 1997.

CANDIDO, L.C. **Nova abordagem no tratamento de feridas**. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2001. Pag. 71-81.

CARVALHO, E. C.; et al. Obstáculos para a implementação do processo de Enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 1, p. 95-99, 2007. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/article/view/42/26>. Acesso em: 31/03/2008

CARVALHO, C.F.; SILVA, M.G.F. Avaliação do desmame precoce e suas implicações infecciosas nas crianças atendidas no ambulatório de um hospital terciário. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.12, n.3, p. 129-132, jul./set., 2005.

CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L.; COSTA, M.P. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP, Brazil. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.15, n.1, p.62-69, jan./fev., 2007.

CASTRO, M.B.T.; KAC, G.; SICHIERI, R. Padrão de consumo alimentar em mulheres no pós-parto atendidas em um centro municipal de saúde do Rio de Janeiro, Brasil, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1159-1170, jun., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/05.pdf>. Acesso em: 04/09/2007.

CENTA, M.L.; OBERHOFER, P.R.; CHAMMAS, J. Puérpera vivenciando a consulta de retorno e as orientações recebidas sobre o puerpério. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.4, n.1, p.16-22, jan./jun. 2002. Disponível em: <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/5061/3828>. Acesso em: 13/09/2007.

CHRISTENSEN, P.J.; KENNEY, J.W. **Nursing process**. Application of conceptual models. 4. ed. St. .Louis, Mosby, 1995.

COCA, K.P. **Traumas mamilares: estudo dos fatores associados**. 2005. 84p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Pediátrica). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

COSTA, C.A.R.; BARROS, S.M.O. Anemia e Gravidez: intervenções de enfermagem para a sua prevenção e tratamento. In: Congresso PIBIC/CNPq da UNIFESP, 4, São Paulo, 14-18 de outubro de 1996. **Anais**. São Paulo, 1996.

COSTA, H.F.; AVILA, I.; GONCALVES, M.M. Antibioticoterapia profilática em obstetrícia: comparação entre esquemas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro v.20, n.9, p.509-515, Oct., 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v20n9/a04v20n9.pdf>. Acesso em: 21/08/2007.

COSTA, M.C.G. **Puerpério: ambivalência das estratégias para o cuidado**. 200. 160 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

COUTINHO, S.B. et al. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.81, n.6, p.471-477, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n6/v81n6a11.pdf>. Acesso em: 26/06/2007.

CRUZ, D.A.L.M. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; ANABUKI, M.H. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. Cap.4, p.63-84.

CRUZ, I.C.F. Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem: Recriando os instrumentos de trabalho. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 46, n. 1, p. 160-169, 1995. Disponível em: <<http://www.uff.br>> Acesso: 20/04/2007.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Willians obstetrics**. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.1262p.

CURY, A.F. Psicodinâmica da gravidez. IN: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J.J.A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. Cap. 08, p. 77-84.

DELASCIO, D.; GUARIENTO, A. **Obstetrícia Normal** – Briquet. 3. ed. rev. e atualizada. São Paulo: SARVIER, 1987. 473p.

DINIZ, S.D.; CHACHAM, A.S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v.1, n.1, p.80-91, 2006. Disponível em: <http://mulheres.org.br/rhm1/revista1/80-91.pdf>. Acesso em: 12/12/2007.

DUARTE, L.S. et al. Aleitamento materno e níveis de hemoglobina em crianças menores de 2 anos em município do estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.20, n.2, p.149-157, mar./abr., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v20n2/04.pdf>. Acesso em: 05/07/2007.

DUFFY, E.P.; PERCIVAL, P.; KERSHAW, E. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breastfeeding rates. **Midwifery**, v.13, n.4, p.189-196, Dec. 1997.

DURAN, M.E. **Fatores associados às complicações e a qualidade da experiência vivenciada no pós-parto em mulheres residentes nos municípios de Joaçaba e Herval D'oeste – SC.** 2005, p.104. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, 2005.

FARIAS, M.C.A.D. de; NÓBREGA, M.M.L. da. Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso. **Rev.Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, p. 59-67, dez., 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12349.pdf>. Acesso em: 10/03/2007.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P.R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.28, n.3, p.171-178, 2006.

GAGNON, A.J.; et al. Randomized Trial of Postpartum Care After Hospital Discharge. **Pediatrics**, New York, v.109, n.6, p.1074-1081, Jun., 2002. Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/109/6/1074>. Acesso: 28/06/2007.

GIUGLIANI, E.R.J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5(supl), p. s147-154, 2004.

GONÇALVES, R. **Transformar-se enquanto mulher: um estudo de caso sobre a vivência do período pós-parto.** 2000. 115p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2000.

GONTIJO, D.T. **Adolescentes com experiência de vida nas ruas: compreendendo os significados da Maternidade e Paternidade em um contexto de vulnerabilidade/desfiliação.** 2007. 153 p. Tese (Doutorado) – Programa Multiinstitucional de Pós-graduação em Ciências da Saúde - Convênio Rede Centro Oeste (UnB/UFG/UFMS), 2007.

GONTIJO, D.T; MEDEIROS, M. "Tava morta e revivi": significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.02, p.469-472, fev., 2008. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n2/25.pdf>. Acesso em: 12/03/2008.

GRANATO, T.M.M. **Encontro terapêutico com gestantes à luz da preocupação materna primária.** 2000. 106 f. Dissertação (Mestrado Psicologia clínica) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

HARRISON R.F. et al. Is routine episiotomy necessary? **British Medical Journal**, v. 288, p. 1971-1975, jun. 1984.

HENSHAW, C.; FOREMAN, D.; COX, J. Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. **Rev. J. Psychosom Obstet. Gynaecol.**, v.25, ed.3-4, p.267-272, Sep/Dec. 2004.

HERNÁNDEZ, T., et al. Tinha do Couro Cabeludo na Idade Pediátrica. **Nascer e Crescer. Rev. do Hosp. de Crianças Maria Pia**, v.13, n.01, p.23-26, 2004. Disponível em: <http://www.hmariapia.minsaude.pt/revista/marco2004/Tinhas%20do%20couro%20cabeludo.pdf>. Acesso em: 21/10/2008.

HERRERO, B.T. et al. Signos y síntomas gastrointestinales durante el embarazo y puerperio en una muestra de mujeres españolas. **Atención Primaria**, Viernes, v.28, n.1, p. 53-58, jun. 2001. Disponível em: <http://www.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13014403>. Acesso em: 07/08/2007.

HOLANDA, A.A.R. et. al. Candidíase vulvovaginal: sintomatologia, fatores de risco e colonização anal concomitante. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.29, n.01, p.3-9, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n1/a02v29n1.pdf>. Acesso: 10/08/2008.

HOWARD, D. et al. Differences in Perineal Lacerations in Black and White Primiparas. **Obstetrics & Gynecology**, v.96, n.4, p.622-624, 2000. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/els/00297844/2000/00000096/00000004>. Acesso em: 03/08/2007.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2000. **Censo Demográfico: Brasil**, 2000. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000>. Acesso em: 11/05/2008.

JOB, H.G.C.; PASSINI JÚNIOR, R.; PEREIRA, B.G. Obesidade e gravidez: avaliação de um programa assistencial. **Rev. Ciên, Méd.**, Campinas, v.14, n.5, p.503-514, nov/dez., 2005.

JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003. Cap. 05. p.31-42.

JUNQUEIRA, S.M.O.; MIQUILINI, E.C. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.39, n.3, p.288-295, 2005. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/9.pdf>. Acesso em: 12/12/2007.

KAC, G. Fatores determinantes da retenção de peso no pós-parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.455-466, mai-jun, 2001.

KLEIN, M.C. et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.171, n.3, p.591-598, set., 1994.

LACERDA, E.M.A.; LEAL, M.C. Fatores associados com a retenção e o ganho de peso pós-parto. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.7, n.2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n2/15.pdf>. Acesso em: 04/09/2007.

LAMOUNIER, J.A. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Rev. Ass. Méd. Bras.**, São Paulo, v.44, n.4, p.319-324, out./dez. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v44n4/1900.pdf>. Acesso em: 10/06/2007.

LARAIA, C.B. Constipação intestinal. In: SOUZA, V.C.T. **Coloproctologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. Cap. 14. p.137-141.

LEE, K.A.; ZAFFKE, M.E.; MCENANY, G. Parity and Sleep Patterns During and After Pregnancy. **Rev. Obstet. Gynecol.**, n.95, p.14-18, 2000. Disponível em: <http://www.greenjournal.org/cgi/content/full/95/1/14>. Acesso em: 21/05/2008.

LENNON, G.G.; LENNARD, M. The Puerperium. **BRMSH Medical Journal**, p.1687-1690, Jun. 1964.

LÓPEZ, M. **Fundamentos da clínica médica**. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. 457p.

LUNNEY, M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. Part I: risk of low accuracy diagnoses and new views of critical thinking. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v.37, n.2, p.17-24, 2003.

LUST KD, BROWN JE, THOMAS W. Maternal intake of cruciferous vegetables and other foods and colic symptoms in exclusively breast-fed infants. **Journal of the American Dietetic Association**, Chicago, v.96, n.01, p.46-48, jan. 1996.

MARCOLINO, C.; ANDRADE, F. V. Associação entre trabalho de parto prematuro e vaginose bacteriana. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v.11, p.1 - 11, 2008.

MARCONDES, E. et al. **Pediatria Básica – Tomo I** Pediatria Geral e Neonatal. 9. ed. São Paulo: SARVIER, 2002. 843p.

MASCARENHAS, D.; CRUZ, I.C.F. Aconselhamento para lactação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – estudo descritivo. **Online Braz. J. Nursing**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, abril, 2006. Disponível em: [www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php](http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php). Acesso em: 10/05/2008.

MASCARENHAS, M.L.W.; et al. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.82, n.4, p.289-294, 2006.

MILLER, R.L.; PALLANT, J.F.; NEGRI, L.M. Anxiety and stress in the postpartum: Is there more to postnatal distress than depression? **BMC Psychiatry**, v.6, n.12, p.1-11, 2006. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/6/12>. Acesso em: 02/08/2007.

MILASINOVIĆ L, et. al. Postpartum anemia, incidence and etiology. **Med. Pregl**, n.53, v.07-08, p. 394-399, jul/aug. 2000.

MINDELL, J.A.; JACOBSON, B.J. Sleep disturbances during pregnancy. **Rev. JOGNN**, v.29, n.06, p.590-597, 2000.

MORAES, I.G.S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.1, p.65-70, 2006. Disponível em: [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp). Acesso em: 31/07/2007.

MONTEFUSCO, S.A.R.; BACHION, M.A.; NAKATANI, A.Y.K. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o modelo Calgary e a taxonomia da NANDA. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.17, n.1, p.72-80. jan./mar., 2008.

MONTEFUSCO, S.A.R. **Diagnósticos de enfermagem identificados em famílias em situação de acompanhamento hospitalar utilizando o modelo CALGARY.** 2006. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, 2006.

NAKAMURAL, S.S. et al. Percepção e conhecimento de meninas escolares sobre o aleitamento materno. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.79, n.2, p.181-188, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n2/v79n2a14.pdf>. Acesso em: 07/07/2007.

NAKATANI, A. Y. K. **Processo de Enfermagem:** uma proposta de ensino através da pedagogia da problematização. Ribeirão Preto, 2000. 228 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.

NAKKU, J.E.M.; NAKASI, G., MIREMBE, F. Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. **African Health Sciences**, v.6, n.4, p.207-214, Dec. 2006.

NAVAJAS FILHO, E. Os processos de identificação e introjeção na gravidez. IN: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J.J.A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática.** São Paulo: Atheneu, 1997. Cap. 2, p.10-14.

NEME, B. **Obstetrícia Básica.** 3. ed. São Paulo: SARVIER, 2005.1379p.

NINA, M.D. Estresse e ansiedade na gestação. IN: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J.J.A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática.** São Paulo: Atheneu, 1997. Cap. 9, p.85-98.

NOMURA, R.M.Y.; ALVES, E.A.; ZUGAIB, M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v.38, n.1, p. 9-15, 2004. Disponível em: [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp). Acesso em: 05/05/2007.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** definições e classificação – 2007/2008. North American Nursing Diagnosis Association. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008. 396 p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** definições e classificação – 2005/2006. North American Nursing Diagnosis Association. Tradução Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed, 2006. 312 p.

OLIVEIRA, M.J.V. Puerpério normal e infecção puerperal. IN: SOGIMIG. **Ginecologia e Obstetrícia** - Manual para o TEGO. Rio de Janeiro: MEDSI, 1997. Cap. 43. p. 437-450.

PERCEGONI, N. et al. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.15, n.1, p.29-35, jan./abr., 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v15n1/a04v15n1.pdf>. Acesso em: 25/04/2007.

PEREIRA, S.V.M. **Análise da implementação de uma abordagem de cuidar de enfermagem junto à mulher no ciclo gravídico-puerperal**: uma aproximação do Modelo de Orem, sistemas de classificação da prática de enfermagem e diretrizes de humanização do parto. 2004. 502 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, 2004.

PEREIRA, S.V.M.; BACHION, M.M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 659-664, 2005.

PESSOA, S.M.F.; PAGLIUCA, L.M.F.; DAMASCENO, M.M.C. Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional. **Atualidades Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.87-92, jul./set., 2006. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/reuerj/v14n3/v14n3a20.pdf>. Acesso em: 10/03/2007.

PINELLI, F.G.S.; ABRAÃO, A.C.F.V. Consulta de Enfermagem: opiniões de familiares. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.11, n.2, p.20-26, 1998.

PINHEIRO, R.L. Constipação intestinal. In: PEDROSO, E.R.P.; ROCHA, M.O.C.; SILVA, O.A. **Clínica médica – Os princípios da prática ambulatorial**. São Paulo – Rio de Janeiro: Atheneu, 1993. Cap.51, p.624-633.

POYARES, D.; TUFIK, S. (coord). Sociedade Brasileira de Sono. I consenso brasileiro de insônia. **Rev. Hypnos**, p. 01-45, 2003.

RAMOS, J.G.L. et al. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul - Brasil: um estudo de 20 anos. **Rev. Bras. Ginec. Obst.**, v.25, n.6, p. 431-436, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n6/a08v25n6.pdf>. Acesso em: 05/05/2007.

REA, M.F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.80, n.5 (supl.), p.S142-S146, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a05.pdf>. Acesso em: 26/06/2007.

READING, A.E. et al. How women view postepisiotomy pain. **British Medical Journal**, London, v.284, n.23, p.243-246, jan., 1982.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1588p.

RISNER, P.B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: CHRISTENSEN; P. J., KENNEY. **Nursing process - Application of conceptual models**. 4ª ed. St. .Louis, Mosby, 1995.

ROSA MI, RUMEL D. Fatores associados à candidíase vulvovaginal: estudo exploratório. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.26, n.01, p. 65-70, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n1/19547.pdf>. Acesso 10/07/2008.

RUSCHI, G.E.C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev. psiquiatr.** Rio Grande do Sul, v.29, n.3, p.274-280, set./dez. 2007.

RZEZINSKI, P.C.; CORD, E.M.M. Gestação como evento familiar e comunidade. IN: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J.J.A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 54-61.

SABROZA, A.R.; et al. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro (1999-2001). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, sup.1, p.S130-S137, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/14.pdf>. Acesso em: 15/09/2007.

SALES, A.N. et al. Mastite puerperal: estudo de fatores predisponentes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v22n10/v22n10a4.pdf>. Acesso em: 05/06/2007.

SANDRE-PEREIRA, G. et al. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.457-466, abr./jun., 2000.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M.S.V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev. Ciências Méd.**, Campinas, v. 12, n. 03, p. 261-268, jul./set., 2003.

SCARABOTTO, L.B.; RIESCO, M.L.G. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.40, n.3, p.389-395, 2006. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp). Acesso em: 10/07/2007.

SCHMIDT, E.B.; PICCOLOTO, N.M.; MULLER, M.C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, Itatiba, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005. Disponível em: <http://www.usf.br/edusf/revistas/psicousf/2005-1/psico-8.pdf>. Acesso em: 14/09/2007.

SCHWENGBER, D.D.S.; PICCININI, C.A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, Rio Grande do Sul, v.8, n.3, p.403-411, 2003.

SILVA, A.A. et al. Tabagismo e dieta materna: Uma relação com a cólica infantil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.36, n.04, p. 56-62, 2007. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/519.pdf>. Acesso em: 11/11/2008.

SILVA, L.R., et al. A prática do cuidado prestado pelas mulheres aos filhos no domicílio. **Enfermería Global**, Murcia, n. 10, Mayo, 2007. Disponível em: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/207/244>. Acesso em: 14/09/2007.

SILVA, M.B.C.; MOURA, M.E.B.; SILVA, A.O. Desmame precoce: representações sociais de mães. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Serial on line], v.9, n.1, p.31-50, jan./abr., 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a03.pdf>. Acesso em: 06/07/2007.

SILVA, O.A. Ansiedade. In: PEDROSO, E.R.P.; ROCHA, M.O.C.; SILVA, O.A. **Clínica médica – Os princípios da prática ambulatorial**. São Paulo – Rio de Janeiro: Atheneu, 1993. Cap.28, p.309-328.

SMELTER, S.C. BARE, B.G. **Brunner e Suddarth – Tratado de Enfermagem médico-cirúrgico**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2005. 2419p.

SMS-RP/NALMA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Ribeirão Preto/ Núcleo de Aleitamento Materno da EERP-USP/ Programa aleitamento materno. **Manual de procedimentos: prevenção e tratamento das intercorrências mamárias na amamentação**. Ribeirão Preto, 1998. Disponível em: <http://arcamposeliseos.pmrp.com.br/ssauade/programas/ALEITA/Apostila.pdf>. Acesso em: 12/07/2007.

SOUZA, A. I.; BATISTA FILHO, M.; FERREIRA, L. O. C. Alterações hematológicas e gravidez. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, Mar. 2002, vol.24, no.1, p.29-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v24n1/a06v24n1.pdf>. Acesso em: 30/08/2007.

STEFANELLO, J. **A vivência do cuidado do puerpério: as mulheres construindo-se como mães**. 2005. 133f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

TORRES, G.V.; DAVIM, R.M.B.; NÓBREGA, M.M.L.da. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.2, p. 47-53, abril 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13461.pdf>. Acesso em: 07/02/2007.

VASCONCELOS, M.G.L.; LIRA, P.I.C.; LIMA, M.C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.6, n.1, p. 99-105, jan./mar., 2006.

VIEIRA, C.S. ROSSI, L.A. Os Diagnósticos de enfermagem da Taxonomia da NANDA em mulheres com o filho prematuro hospitalizado e o sistema conceitual de King. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8, n.6, dez., 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12356.pdf>. Acesso em: 15/07/2007.

VIEIRA, G.O. et al . Mastite lactacional e a iniciativa Hospital Amigo da Criança, Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, Jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php>. Acesso em: 05/05/2008.

WEIGERT, E.M.L. et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.81, n.4, p.310-316, 2005.

WITT, A. Alguns conhecimentos sobre nutrição ligados à gestação e ao puerpério. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.5, n.1, p.97-102. jun., 1971. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v5n1/12.pdf>. Acesso em: 30/08/2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control: a guide for programme managers**. Geneve; 2001.

\_\_\_\_\_. **Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding**. Division of Child Health and Development. Geneve, 1998. Disponível em: [http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO\\_CHD\\_98.9.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm) Acesso em: 06/07/2007.

\_\_\_\_\_. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v.2; p.436-437, 1985.

ZACONETA, A.M.; MOTTA, L.D.C.; FRANÇA, P.S. Depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. **Rev. Chil Obstet Ginecol.**, v.69, n.3, p.209-213, 2004.

ZAGONEL, I.P.S.; et al. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v.5, n.2, p.24-32, 2003. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em: 29/07/2007.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.27, s.2, p.56-64, Oct. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/a05v27s2.pdf>. Acesso em: 30/07/2007.

## ANEXO I

### Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

## APÊNDICE A

Instrumento para coleta de dados

Data:...../...../.....

Endereço Completo:

Rua.....Nº.....Bairro.....Telefone.....

### Identificação

Nome.....

Iniciais nome:.....Idade: .....Cor autorreferida: .....

Estado conjugal: ( ) casada ( ) solteira ( ) união consensual ( ) outros

Nível de instrução:

( ) analfabeta ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo

( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto

( ) ensino superior completo

Profissão/ocupação:.....

Renda familiar por salários mínimos: ( ) sem renda ( ) até 1 ( ) 1 a 2 ( ) 3 a 4 ( ) acima de 4

Nº de moradores na casa: \_\_\_\_\_ nº de cômodos da casa: \_\_\_\_\_ renda per capita: \_\_\_\_\_

Moradia: ( ) própria ( ) alugada ( ) cedida

### Dados Obstétricos

G\_\_ PN\_\_ PC\_\_ A\_\_ FV\_\_

Pós-parto \_\_ dia de PN ( ) ou PC ( ) IG\_\_ sem Data Parto: ...../...../.....

Nº consultas pré-natal \_\_ Início em que idade gestacional \_\_ Instituição do parto: \_\_\_\_\_

Alguma patologia na gestação? Qual? \_\_\_\_\_

Continua após o parto? \_\_\_\_\_

Alguma intercorrência na gestação? Qual? \_\_\_\_\_

1- ( ) DE: Risco de Infecção		Parâmetros de Avaliação
<b>Fatores de Risco</b>	( ) <b>Defesas primárias inadequadas:</b>	Ingurgitamento mamário? Leve ____ Moderado ____ Intenso ____ Não
	( ) pele rompida, tecido traumatizado	Presença de trauma mamilar? ( ) Sim ( ) Não
	( ) diminuição da ação ciliar	Qual? ( ) Fissura ( ) Escoriação ( ) Erosão ( ) Vesículas
	( ) estase de fluídos orgânicos	Houve laceração perineal? ( ) Sim ( ) Não
	( ) mudanças de pH das secreções	De que grau? ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) Não informado
	( ) peristalse alterada	Houve episiotomia? ( ) Sim ( ) Não
		Necessitou curetagem? ( ) Sim ( ) Não
		Incisão cirúrgica abdominal? ( ) Sim ( ) Não
		( ) Outras lesões na pele e mucosa: _____
		Loquiação ( ) normal ( ) alterada ( ) Ausente
		Odor _____ Cor _____
		Volume _____ Consistência _____
		( ) Presença de DPOC – asma, bronquite, enfisema
		Ruídos hidroaéreos ( ) presentes _____ ( ) ausentes

Continua

<b>Fatores de Risco</b>	( ) Trauma	Presença de trauma mamilar? ( ) Sim ( ) Não Qual? ( ) Fissura ( ) Escoriação ( ) Erosão ( ) Vesículas Houve laceração perineal? ( ) Sim ( ) Não De que grau? ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) Não informado Houve episiotomia? ( ) Sim ( ) Não Parto por cesárea? ( ) Sim ( ) Não Sofreu algum tipo de traumatismo (fraturas, contusões), além daqueles avaliados anteriormente? _____
	( ) Procedimentos invasivos	Houve episiotomia? ( ) Sim ( ) Não Incisão cirúrgica abdominal? ( ) Sim ( ) Não Outro procedimento invasivo? _____
	( ) Destruição de tecidos	Presença de trauma mamilar? ( ) Sim ( ) Não Qual? ( ) Fissura ( ) Escoriação ( ) Erosão ( ) Vesículas Houve laceração perineal? ( ) Sim ( ) Não De que grau? ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) Não informado Houve episiotomia? ( ) Sim ( ) Não Necessitou curetagem? ( ) Sim ( ) Não Parto por cesárea? ( ) Sim ( ) Não ( ) Outras lesões na pele e mucosa: _____ Tem alguma ferida ou lesão da integridade da pele ou mucosa, além daquelas previstas na situação de parto e puerpério? _____ Exame geral da pele e mucosas (inclusive cavidade bucal): _____ _____
	( ) <i>Comportamento de higiene corporal inadequado</i>	Lava os cabelos no período pós-parto? ( ) Não ( ) Sim Com qual frequência _____ Como é realizada a higiene após evacuação? _____ _____
	( ) Defesa secundária inadequada diminuição da hemoglobina, leucopenia, supressão da resposta inflamatória	Resultado do exame laboratorial hemograma: Hb _____ mg/dl Ht _____ % Hem _____ milhões/ml Leuc _____ /mm <sup>3</sup> Série (s) alterada (s): ( ) _____ Medicação em uso: _____
	( ) Doenças crônicas	( ) Diabetes ( ) IRC ( ) DPOC ( ) Outras _____
	( ) Conhecimento insuficiente para evitar exposição à patógenos	Quantas vezes ao dia é higienizada a região areolar? Qual produto? _____ Foi orientada durante o Pré-Natal quanto aos cuidados com a mama? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____ _____ Foi orientada durante o Pré-Natal quanto a exposição das mamas ao sol? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____ _____ Foi orientada durante o Pré-Natal quanto ao ordenha manual do leite materno? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____ _____

Continua

<sup>5</sup> Obs.: Quando destacado em cinza significa que já avaliado em outro diagnóstico

<b>Fatores de Risco</b>		<p>A mama foi examinada? ( ) Não ( ) Sim _____</p> <p>Foi orientada após o parto quanto aos cuidados com a episiotomia ou laceração vaginal? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____</p> <p>_____</p> <p>Como é realizada a higienização da episiotomia ou laceração vaginal, quais produtos utiliza?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Foi orientada após o parto quanto aos cuidados com incisão cirúrgica abdominal? Quais produtos? _____</p> <p>_____</p> <p>Número de vezes que realiza higiene corporal ao dia _____</p>
	( ) Exposição ambiental aumentada	<p>Esgoto: ( ) rede ( ) aberto ( ) fossa</p> <p>Água: ( ) rede ( ) cisterna ( ) outra _____</p> <p>( ) Tratamento de água _____</p> <p>( ) Presença de animais no domicílio _____</p> <p>Lixo: ( ) serviço coleta urbana ( ) queima ( ) enterra</p>

<b>2 - ( ) Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Fatores Relacionados</b>	( ) Ingestão excessiva em relação as necessidades metabólicas	<p>Nº de refeições diárias ____</p> <p>Alimentação usual no:</p> <p>Café da manhã: _____</p> <p>Intervalo: _____</p> <p>Almoço: _____</p> <p>Lanche: _____</p> <p>Jantar: _____</p> <p>Lanche da noite: _____</p> <p>Outros _____</p> <p>Qual a frequência de frituras nas refeições/semana? _____</p> <p>Qual o peso anterior a gestação? _____ kg</p> <p>Ganhou quantos kg nesta gestação? _____</p> <p>Houve mudança nas refeições após o parto? ( ) Não ( ) Sim Quais? _____</p> <p>_____</p> <p>Ingestão de líquidos ____ l/dia ou ____ copos de 200 ml/dia</p>
	<b>Características Definidoras</b>	( ) Peso 20% acima do ideal para a altura e a compleição
( ) Comer em resposta a estímulos externos		<p>- Come mais por conselhos ou influência de outras pessoas como a mãe, avó, sogra, vizinha?</p> <p>( ) Não ( ) Sim _____</p>
( ) Comer em resposta a estímulos internos que não a fome		<p>Come mais quando:</p> <p>- se sente ansiosa</p> <p>( ) Não ( ) Sim _____</p> <p>- se sente triste</p> <p>( ) Não ( ) Sim _____</p> <p>- está irritada</p> <p>( ) Não ( ) Sim _____</p> <p>- está preocupada</p> <p>( ) Não ( ) Sim _____</p>
	( ) Ingestão de alimentos concentrados no final do dia	<p>Qual o horário e composição da última refeição do dia? _____</p> <p>_____</p>

<b>3 – ( )Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Fatores de Risco</b>	Uso observado/ <i>ralato</i> de comida como medida de conforto	Observado ou relatado durante a entrevista o uso de comida como medida de: Conforto ( )Não ( )Sim _____
	Uso observado/relato de comida como medida de recompensa	Observado ou relatado durante a entrevista o uso de comida como medida de: Recompensa ( )Não ( )Sim _____
	( )Comer em resposta a estímulos externos	- Come mais por conselhos ou influência de outras pessoas como a mãe, avó, sogra, vizinha? ( )Não ( )Sim _____
	( )Comer em resposta a estímulos internos que não a fome	Come mais quando: - se sente ansiosa ( )Não ( )Sim _____ - se sente triste ( )Não ( )Sim _____ - está irritada ( )Não ( )Sim _____ - está preocupada ( )Não ( )Sim _____
	( )Ingestão de alimentos concentrados no final do dia	Qual o horário e composição da última refeição do dia? _____ _____

<b>4 - ( )Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Fatores Relacionados</b>	( )Incapacidade de ingerir os alimentos	Tem alguma dificuldade para alimentar-se? _____ _____
	( )Incapacidade de digerir os alimentos	Tem alguma dificuldade para engolir ou digerir? _____ _____
	( )Incapacidade de absorver nutrientes	Após alimentar-se sente algum tipo de desconforto? _____ _____ Descreva como está o funcionamento intestinal. _____ _____
	( )Fatores biológicos	Há alguma alteração no seu organismo que a impede de se alimentar? ( )Não ( )Sim _____
	( )Fatores psicológicos	Há alguma alteração no seu psicológico (estresse, ansiedade, preocupação) que interfere na sua alimentação? ( )Não ( )Sim _____
	( ) Fatores econômicos	Tem alguma dificuldade para obter o alimento na quantidade necessária à manutenção de boas condições de nutrição? ( )Não ( )Sim _____
	( ) Fatores <i>culturais</i>	Tem feito alguma restrição alimentar devido o puerpério? _____ _____ Segue alguma dieta para pós-parto? Qual e como? _____ _____ - Come mais por conselhos ou influência de outras pessoas como a mãe, avó, sogra, vizinha? ( )Não ( )Sim _____

Continua

<b>Características Definidoras</b>	( )Peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal	IMC= peso/ h <sup>2</sup> IMC= _____
	( )Relato de ingestão inadequada de alimentos, menor que a PDR (porção diária recomendada).	Nº de refeições diárias ____ Alimentação usual no: Café da manhã: _____ Intervalo: _____ Almoço: _____ Lanche: _____ Jantar: _____ Lanche da noite: _____ Outros _____ Qual a frequência de frituras nas refeições/semana? _____ Qual o peso anterior a gestação? _____ kg Ganhou quantos kg nesta gestação? _____ Houve mudança nas refeições após o parto? ( )Não ( )Sim Quais?
	( )Mucosas pálidas	Coloração das mucosas ( )Normocorada ( )Hipocorada _____/ +4
	( )Saciedade imediatamente após a ingestão de comida	Sente que está “cheia” logo após ter iniciado a alimentação? ( )Sim ( )Não
	( )Falta de comida	Tem alguma dificuldade para obter o alimento na quantidade necessária à manutenção de boas condições de nutrição? ( )Não ( )Sim _____
	( )Conceitos errados	Tem feito alguma restrição alimentar devido o puerpério? _____ Segue alguma dieta para pós-parto? Qual e como? _____ Como você considera que deve ser uma alimentação saudável para mulheres após o parto? _____
	( )Aversão ao ato de comer	Ao olhar o alimento sente repulsa? ( )Não ( )Sim
	( )Falta de interesse por comida	Sente vontade de se alimentar? ( )Não ( )Sim Necessita de estímulo adicional para alimentar-se? ( )Não ( )Sim
	( )Falta de informação	Algum profissional de saúde a orientou quanto a alimentação no pós-parto? ( )Não ( )Sim Quais informações? _____
	( )Informação incorreta	Como você considera que deve ser uma alimentação saudável para mulheres após o parto? _____ Tem feito alguma restrição alimentar devido o puerpério? _____ Segue alguma dieta para pós-parto? Qual e como? _____

<b>5 – ( )Disposição para nutrição melhorada</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Características Definidoras</b>	( )Alimenta-se regularmente ( )Atitude em relação à bebida coerente com as metas de saúde ( )Atitude em relação à comida coerente com as metas de saúde	Nº de refeições diárias ____ Alimentação usual no: Café da manhã: _____ Intervalo: _____ Almoço: _____ Lanche: _____ Jantar: _____ Lanche da noite: _____ Outros _____ Qual a frequência de frituras nas refeições/semana? _____ Qual o peso anterior a gestação? _____ kg

<b>Características Definidoras</b>	<input type="checkbox"/> Consome alimentos adequados <input type="checkbox"/> Consome líquidos adequados <input type="checkbox"/> Expressa conhecimento sobre escolhas alimentares saudáveis <input type="checkbox"/> Expressa conhecimento sobre escolhas saudáveis de líquidos <input type="checkbox"/> Segue um padrão apropriado de alimentação <input type="checkbox"/> Expressa desejo de melhorar sua alimentação	Ganhou quantos kg nesta gestação? _____ Houve mudança nas refeições após o parto? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais? Ingestão de líquidos ____ l/dia ou ____ copos de 200 ml/dia Obs.: _____ - Come mais por conselhos ou influência de outras pessoas como a mãe, avó, sogra, vizinha? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ Qual o horário e composição da última refeição do dia? _____ Tem feito alguma restrição alimentar devido o puerpério? _____ _____ Segue alguma dieta para pós-parto? Qual e como? _____ _____ - Come mais por conselhos ou influência de outras pessoas como a mãe, avó, sogra, vizinha? Tem feito alguma restrição alimentar devido o puerpério? _____ _____ Segue alguma dieta para pós-parto? Qual e como? _____ _____ Como você considera que deve ser uma alimentação saudável para mulheres após o parto? _____ Gostaria de melhorar algo na sua alimentação? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Comente: _____

<b>6 – Insônia</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Fatores Relacionados</b>	<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Estresse	Considera que está sob algum tipo de tensão, ou preocupação, ou pressão ou estresse (ex. financeiro, lega, crise recente, mudança cultural)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____
	<input type="checkbox"/> Depressão	Faz tratamento para depressão ou considera que tem depressão? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Comente: _____
	<input type="checkbox"/> Desconforto físico	Sente dor? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, isso interfere seu sono? _____
		Tem algum outro desconforto físico que interfere no seu sono? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____
	<input type="checkbox"/> Higiene do sono inadequado (atual) <input type="checkbox"/> Prejuízo no padrão de sono normal	Dorme quantas horas / dia _____ Contínuas? _____ Tem algo que interfere no seu padrão de sono comparado ao que era antes do parto? _____ _____ Acorda a noite para cuidar da criança? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes? _____ <input type="checkbox"/> Olhos sem brilho <input type="checkbox"/> Aparência abatida <input type="checkbox"/> careta <input type="checkbox"/> Movimentos fixo ou disperso <input type="checkbox"/> Queixa do problema Durante o pré-sono, geralmente, pensa em algo que interfere no seu sono? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Medo	Tem medo de alguma coisa? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Identifique: _____ Desde quando? _____ O que contribuiu para que houvesse este medo? _____
	<input type="checkbox"/> Ingestão de álcool	Faz uso de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quanto/semana _____
	<input type="checkbox"/> Ingestão de estimulantes	Ingere quantas xícaras de café ao dia? _____ Ingere outro estimulante? _____

Continua

<b>Características Definidoras</b>	( )Mudanças observadas no afeto ( )Paciente relata falta de energia ( ) falta de energia observada	Fale sobre seu sono: _____ _____ Tem energia para realizar as atividades diárias ou como a criança ou com a casa? ( )Não _____ ( )Sim Observado durante entrevista falta de energia na puérpera? ( ) Não ( ) Sim _____
	( )Paciente relata acordar mais cedo	Tem que acordar mais cedo que o habitual? ( )Não ( )Sim
	( )Paciente relata dificuldade para permanecer dormindo	Tem dificuldade em permanecer dormindo? ( )Não ( )Sim
	( )Paciente relata distúrbios do sono que produzem consequências no dia seguinte	O seu padrão de sono mudou? ( )Não ( )Sim Como? _____ Qual com consequência disto no dia seguinte? _____ _____
	( )Paciente relata estado de saúde diminuído	Houve mudança na sua saúde por causa de seu sono? ( )Não ( )Sim Especificar _____
	( )Paciente relata insatisfação com o sono (atual)	Está satisfeita com o seu sono? ( )Não _____ ( )Sim
	( )Paciente relata mudança de humor	Houve mudança no humor com o seu sono atual?
	( )Paciente relata qualidade de vida diminuída	Considera que houve mudança na qualidade de vida devido o seu sono? ( )Não ( )Sim _____
	( )Paciente relata sono não restaurador	Seu sono é restaurador?

<b>Fatores Relacionados</b>	<b>7 - ( )Ansiedade</b>	<b>Parâmetros de Avaliação</b> Tem tido algum problema? ( )Não ( )Sim _____ O que tem feito para lidar com isto? _____ Considera que tem dado certo? _____ Sente-se sobrecarregada com as atividades de cuidados com a criança? ( ) Não ( ) Sim Comente: _____ Sente alguma dificuldade de desempenhar o papel de mãe? ( ) Não ( ) Sim Como se sente em relação a isso? _____ Considera que está sob algum tipo de tensão, ou pressão ou estresse (ex. financeiro, legal, crise recente, mudança cultural)? ( ) Não ( ) Sim Qual? _____
	( )Conflito inconsciente quanto a metas de vida	De alguma maneira o nascimento da criança alterou seus objetivos de vida? Como se sente em relação a isto? _____ _____ Quais são atualmente seus objetivos na vida? _____ _____ O que está fazendo para alcançá-los? _____ _____

Continua

<b>Fatores Relacionados</b>	( ) Conflito inconsciente quanto a valores essenciais de vida	O que considera importante na vida? _____ _____ Nas famílias existem valores que são importantes e que são transmitidos de uma geração para outra (ex. solidariedade, honestidade, bem ao próximo, respeito, etc.), quais são os valores que você adota? _____ Nesse momento da sua vida continua agindo em conformidade com estes valores? ( ) Sim ( ) Não _____
	( ) Necessidades não-satisfeitas	Há alguma coisa que esteja precisando nesse momento e que não está conseguindo obter? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Crises maturacionais	O que significou para você o nascimento da criança _____ _____ Sente-se sobrecarregada com as atividades de cuidados com a criança? ( ) Não ( ) Sim Comente: _____ Sente alguma dificuldade de desempenhar o papel de mãe? ( ) Não ( ) Sim Como se sente em relação a isso? _____
	( ) Crises situacionais	Tem tido algum problema? ( ) Não ( ) Sim _____ O que tem feito para lidar com isto? _____ Considera que tem dado certo? _____ Sente-se sobrecarregada com as atividades de cuidados com a criança? ( ) Não ( ) Sim Comente: _____ Sente alguma dificuldade de desempenhar o papel de mãe? ( ) Não ( ) Sim Como se sente em relação a isso? _____
	( ) Ameaça ao autoconceito	Como você se descreveria antes da gravidez: - fisicamente _____ _____ - emocionalmente _____ _____ - psicologicamente _____ _____ Como você se descreve agora: - fisicamente _____ _____ - emocionalmente _____ _____ - psicologicamente _____ _____ De um a dez, qual é sua satisfação consigo mesma? Fale sobre sua opinião _____ _____
	( ) Estresse	Considera que está sob algum tipo de tensão, ou preocupação, ou pressão ou estresse (ex. financeiro, legal, crise recente, mudança cultural)? ( ) Não ( ) Sim Qual? _____
	( ) Mudança ou ( ) Ameaça: ( ) no status do papel ( ) no seu estado de saúde ( ) na função de papel ( ) nos padrões de interação ( ) no ambiente ( ) no situação econômica	Atualmente existe algum problema ou risco em alguma dessas áreas: - sua saúde _____ _____ - nas relações com as pessoas de sua família _____ _____ - nas relações com as outras pessoas em geral _____ _____ - na sua capacidade de continuar fazendo as coisas/ as atividades que você fazia antes da gravidez e antes do parto? _____

Continua

<b>Características Definidoras</b>	( ) <b>Comportamentais</b> ( )Produtividade diminuída	Considera que é capaz de fazer as coisas com a mesma agilidade de sempre? ( ) Não ( ) Sim _____
	( )Agitação	Tem algo que te preocupa? _____ Tem ficado agitada por causa desta preocupação? _____ Puérpera apresenta-se agitada? ( ) Não ( ) Sim _____
	( )Insônia	Dorme quantas horas / dia _____ Contínuas? _____ Tem algo que interfere no seu padrão de sono comparado ao que era antes do parto? _____ _____ Acorda a noite para cuidar da criança? ( ) Não ( ) Sim Quantas vezes? _____ ( ) Olhos sem brilho ( ) Aparência abatida ( ) careta ( ) Movimentos fixo ou disperso ( ) Queixa do problema Sente dor? ( ) Não ( ) Sim, isso interfere seu sono? _____ Faz tratamento para depressão ou considera que tem depressão? ( ) Não ( ) Sim Por que? _____ Durante o pré-sono, geralmente, pensa em algo que interfere no seu sono? ( ) Não ( ) Sim Faz uso de bebida alcoólica? ( ) Não ( ) Sim Quanto/semana _____ Ingere quantas xícaras de café ao dia? _____ Ingere outro estimulante? _____ Fale sobre seu sono: Seu sono é resturador? ( ) Não ( ) Sim
	( )Inquietação	Sente-se inquieta? ( ) Não ( ) Sim Como o que? _____
	( )Observação atenta	Puérpera apresenta observação atenta durante entrevista? ( ) Não ( ) Sim _____
	( )Movimentos pouco comuns	Puérpera apresenta movimentos pouco comuns, como arrastar os pés, movimentar mãos/braços? ( ) Não ( ) Sim _____
	( )Olhar em torno	Puérpera olha nos olhos durante entrevista? ( ) Sempre ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Não
	( )Pouco contato visual	Puérpera olha nos olhos durante entrevista? ( ) Sempre ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Não
	( )Preocupações expressas devidas a mudanças em eventos da vida	Tem algo no pós-parto que a deixa preocupada? ( ) Não ( ) Sim _____ Ou outra mudança na vida? O que? _____ _____
	( )Vigilância	Puérpera apresenta ou refere vigilância? ( ) Não ( ) Sim _____
	<b>Afetivas</b> ( )Aflita ( )Angústia ( )Ansiosa ( )Apreensiva ( )Assustada ( )Desamparo aumentado e persistente ( )Excessivamente excitada ( )Foco em si mesma ( )Incerteza ( )Irriquieta ( )Irritabilidade ( )Nervosa	Puérpera apresenta ou relata estar: ( )Aflita ( )Angústia ( )Ansiosa ( )Apreensiva ( )Assustada ( )Desamparo aumentado e persistente  ( )Excessivamente excitada  ( )Foco em si mesma ( )Incerteza ( )Irriquieta ( )Irritabilidade ( )Nervosa

Características Defmidoras	( )Pesarosa ( )Preocupada ( )Receosa ( )Sentimentos de inadequação	( )Pesarosa ( )Preocupada ( )Receosa ( )Sentimentos de inadequação
	( ) <b>Fisiológicas:</b> ( )Aumento da tensão	Considera que a musculatura em especial do ombro e do pescoço está rígida ou tensa ou contraída? ( ) Não ( ) Sim _____
	( )Estremecimentos	Apresenta sensação momentânea de desfalecimento por esgotamento ou emoção? ( ) Não ( ) Sim _____
	( )Respiração aumentada	FR____ ipm
	( )Tensão facial	Expressão fácil: ( )Tensa ( )Tranquila ( )Abatida ( )Outros _____
	( )Tremor ( )Tremores nas mãos	Apresenta sensação de tremor em alguma parte do corpo? ( ) Não ( ) Sim _____
	( )Voz trêmula	Padrão de voz: ( )tremula ( )normal
	( ) <b>Simpáticas:</b> ( )Anorexia	Tem alguma dificuldade para alimentar-se? _____ Tem alguma dificuldade para engolir ou digerir? _____ Sente vontade de se alimentar? ( )Não ( )Sim Necessita de estímulo adicional para alimentar-se? ( )Não ( )Sim Ao olhar o alimento sente repulsa? ( )Não ( )Sim
	( )Aumento da pressão sanguínea	PA____ x ____ mmHg
	( ) Boca seca	Puérpera refere boca seca? ( )Não ( )Sim Apresenta mucosa oral hidratada? ( )Não ( )Sim
	( )Contração muscular	Considera que a musculatura em especial do ombro e do pescoço está rígida ou tensa ou contraída? ( ) Não ( ) Sim _____
	( )Diarréia	Descreva como está o funcionamento intestinal: _____
	( ) Dilatação pupilar	Pupila dilatada? ( )Não ( )Sim
	( )Fraqueza	Puérpera refere fraqueza? ( )Não ( )Sim
	( )Palpitação	Puérpera refere palpitação? ( )Não ( )Sim
	( )Pulso aumentado	P ____ bpm
	( )Reflexos aumentados	Durante exame físico puérpera apresentou reflexos aumentados? ( )Não ( )Sim _____
	( )Dificuldades respiratórias	( )Dispnéia
	( )Respiração aumentada	FR____ ipm
	( )Rubor facial	Puérpera apresenta rubor facial ( )Não ( )Sim ____/+4
	( )Vasoconstrição superficial	Coloração das mucosas: ( )normocorada ( )hipocorada ____/+4
	( ) <b>Parassimpáticas:</b> ( )Dor abdominal	Puérpera refere dor abdominal? ( )Não ( )Sim _____ Puérpera apresenta dor à palpação abdominal? ( )Não ( )Sim
	( )Fadiga	Sente-se cansada? ( )Não ( )Sim Considera que é capaz de fazer as coisas com a mesma agilidade de sempre? ( ) Não ( ) Sim
	( )Formigamento nas extremidades	Puérpera apresenta/refere formigamento nas extremidades? ( )Não ( )Sim _____
	( )Frequência urinária	Padrão de eliminação vesical ____ /dia
	( )Hesitação urinária	Sente vontade aumentada de urinar? ( ) Não ( ) Sim
	( )Náusea	Sente náuseas? ( ) Não ( ) Sim Refere a que estas náuseas? _____

Continua

<b>Características Definidoras</b>	( )Distúrbio do sono	( )dificuldade para dormir Dorme quantas horas / dia _____ ( ) Olhos sem brilho ( ) Aparência abatida ( ) careta ( ) Movimentos fixo ou disperso ( ) Queixa do problema ( )Insônia
	( )PA diminuída	PA ___x___ mmHg
	( )Pulso diminuído	P ___ bpm
	( )Tontura	Apresenta sensação momentânea de desfalecimento por esgotamento ou emoção? ( ) Não ( ) Sim _____
	( )Urgência urinária	Apresenta sensação de urgência em urinar acompanhada da impressão que haverá perda a qualquer momento? ( ) Não ( ) Sim
	( ) <b>Cognitivas</b> ( )Atenção prejudicada	Tem pensamentos repetitivos? Sobre o quê? _____ Como está sua memória? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero:
	( )Bloqueio de pensamento	Durante a entrevista puérpera apresentou ou referiu dificuldade para raciocinar/pensar? ( )Não ( )Sim _____
	( )Campo de percepção diminuída	Consegue perceber só o que está mais próximo de você, escapando as coisas que ocorrem a mais de dois metros de distância, com movimentos, barulhos, odores? ( ) Não ( ) Sim _____
	( )Capacidade diminuída de solucionar problemas	De modo geral, quando você toma alguma decisão ou tenta resolver problemas, ou quando faz algo, acha que agiu de forma que trouxe bons resultados? _____ No geral, tem a sensação de mudar ou apagar as coisas que realizou? _____
	( )Capacidade diminuída para aprender	Dificuldade em entender orientações dadas durante a entrevista? ( )Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) Não _____
	( )Confusão	Puérpera relata ou apresenta confusão? ( ) Não ( ) Sim _____
	( )Consciência dos sintomas fisiológicos	Está sentindo palpitações, boca seca, frio no estômago, tontura, suor nas mãos? _____ _____
	( )Dificuldade para concentrar-se	Como está sua concentração? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero:
	( )Esquecimento	Como está sua memória? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero:
	( )Medo de consequências inespecíficas	Sente medo? ( ) Não ( ) Sim De que? _____
	( )Preocupação	Tem tido algum problema? ( )Não ( )Sim _____ O que tem feito para lidar com isto? _____ Considera que tem dado certo? _____ Sente-se sobrecarregada com as atividades de cuidados com a criança? ( ) Não ( ) Sim Comente: _____ Sente alguma dificuldade de desempenhar o papel de mãe? ( ) Não ( ) Sim Como se sente em relação a isso? _____ Considera que está sob algum tipo de tensão, ou preocupação, ou pressão ou estresse (ex. financeiro, legal, crise recente, mudança cultural)? ( ) Não ( ) Sim Qual? _____
	( )Tendência a culpar outros	Enfrenta algum tipo de problema – qual? _____ _____
	Atribui a alguém a responsabilidade por eles? ( ) Não ( ) Sim Quem? _____	

8 - ( ) Amamentação eficaz		Parâmetros de Avaliação
<b>Fatores Relacionados</b>	( ) Idade gestacional >34 sem	IG _____
	( ) Fonte de apoio	Quem ajuda nos cuidados com a criança ou com afazeres domésticos? <input type="checkbox"/> ninguém <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> irmã <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> amiga/vizinha <input type="checkbox"/> outros (especificar) _____ Tipo de ajuda _____ _____ <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda adicional _____ _____
	( ) Estrutura oral da criança normal	Em relação a criança: examinar Fissuras labiopalatais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Observar a amamentação e verificar: A boca da criança fica bem aberta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não O queixo da criança toca o peito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não O lábio inferior da criança fica virado para fora? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Abocanha região areolar-mamilar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tem reflexo de sucção/deglutição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tem boa sucção (sucções lentas e profundadas)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Há adequada posição ao amamentar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não É possível ouvir ou ver a deglutição da criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	( ) Confiança materna	<input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para colocar a criança para amamentar _____ Sente-se segura e/ou confiante em amamentar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____
	( ) Conhecimento básico sobre amamentação	Quais orientações foram recebidas durante o PN? _____ _____ Como é produzido o leite materno? _____ Quais são os fatores que interferem nessa produção? _____ Composição do leite materno _____ _____ Quanto tempo deve durar cada mamada? _____ Quantas vezes por dia a criança deve ser amamentado? _____ Qual é o intervalo que deve ser dado entre as mamadas? _____ Qual é a posição adequada para a criança ser amamentada? _____ Usa algum complemento na alimentação da criança (ex. chá, água, leite industrializado, ou animal)? <input type="checkbox"/> Sim _____ x/dia <input type="checkbox"/> Não Faz uso de mamadeira? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____ Como deve ser a alimentação da criança nos primeiros seis meses de vida? _____ Faz uso de chupeta? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ Como manter as mamas em condições adequadas para favorecer o abocanhamento da aréola pela criança? _____ _____

Continua

<b>Fatores Relacionados</b>	<input type="checkbox"/> Estrutura mamária normal	<p>Ingurgitamento mamário? Não___ Leve ___ Moderado ___ Intenso___</p> <p>Presença de trauma mamilar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual? <input type="checkbox"/> Fissura <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Erosão <input type="checkbox"/> Vesículas</p> <p>Mamilo apresenta-se: <input type="checkbox"/> protruso <input type="checkbox"/> plano <input type="checkbox"/> pseudo-invertido <input type="checkbox"/> invertido <input type="checkbox"/> malformados <input type="checkbox"/> hipertrófico</p> <p><input type="checkbox"/> Politelia <input type="checkbox"/> Atelia [lado( )D ( )E]</p> <p>Presença ou relato de cirurgia mamária:</p> <p><input type="checkbox"/> retirada glândula mamária bilateral</p> <p><input type="checkbox"/> retirada glândula mamária unilateral ( )D ( )E</p> <p><input type="checkbox"/> implantação de prótese mamária</p> <p><input type="checkbox"/> outras _____</p> <p>História de Mastectomia?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> unilateral <input type="checkbox"/> bilateral ( ) Amastia [lado( )D ( )E]</p>
	<input type="checkbox"/> Padrão eficaz de comunicação mãe-filho	<p>Faz contato visual com a criança durante a amamentação?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____</p> <p>Fala com a criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____</p> <p>_____</p> <p>Padrão de contato físico com a criança</p> <p><input type="checkbox"/> Toca a criança para prestar os cuidados de higiene perineal, perianal, umbilical, banho</p> <p><input type="checkbox"/> Toca a criança para amamentar</p> <p><input type="checkbox"/> Acaricia a criança durante os cuidados</p> <p><input type="checkbox"/> Acaricia a criança fora da realização de cuidados</p> <p>Consegue identificar algum tipo de código de comunicação na criança?</p> <p>_____</p>
<b>Características Definidoras</b>	<input type="checkbox"/> Avidez da criança para ser amamentar	<p>Tem boa sucção (sucções lentas e profundas)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>É possível ouvir ou ver a deglutição da criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
	<input type="checkbox"/> Sucção no peito regular e contínua <input type="checkbox"/> Deglutição no peito regular e contínua	<p>Em relação a criança: examinar</p> <p>Fissuras labiopalatais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Observar a amamentação e verificar:</p> <p>A boca da criança fica bem aberta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>O queixo da criança toca o peito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>O lábio inferior da criança fica virado para fora? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Abocanha região areolar-mamilar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Tem reflexo de sucção/deglutição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Tem boa sucção? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Há adequada posição ao amamentar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>É possível ouvir ou ver a deglutição da criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Interrompe a mamada? <input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Mama continuamente por quanto tempo? _____</p> <p>O padrão de amamentação da criança é regular (estável)? _____</p> <p>_____</p>
	<input type="checkbox"/> A criança está satisfeita após a mamada	<p>Amamentação exclusiva? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____</p> <p>Após a mamada a criança:</p> <p><input type="checkbox"/> fica calma <input type="checkbox"/> adormece</p> <p><input type="checkbox"/> chora <input type="checkbox"/> fica irritada</p> <p><input type="checkbox"/> outros _____</p> <p>Quantas vezes a criança mama ao dia?</p> <p>_____</p> <p>Duração média das mamadas? _____</p> <p>Qual o intervalo entre as mamadas, aproximadamente? ___x___h</p> <p>Como é o padrão de amamentação da criança no período noturno?</p> <p>_____</p> <p>A criança apresenta sinais de crescimento? (aumento de peso, estatura)</p> <p>_____</p>

<b>Características Definiadoras</b>	( ) Padrões de eliminação da criança adequados para a idade	Eliminações intestinais a criança: Frequência ____/dia Eliminações vesicais a criança: Frequência ____/dia (troca de fraldas ou diurese) Cor _____
	( ) Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação	Está satisfeita em amamentar? ( ) Sim ( ) Não _____
	( ) A mãe é capaz de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de preensão da região areolar-mamilar bem-sucedida	A mãe é capaz de posicionar a criança no peito para uma boa pega? ( ) Sim ( ) Não
	( ) Padrão de peso da criança apropriado para a idade (125 g /semana de 500 g a 1 kg/mês)	Qual o peso da criança ao nascer ? _____ g Peso atual _____ ( ) Não disponível Ganho de peso pela curva de peso no cartão da criança: ( ) adequado ( ) abaixo da curva ( ) acima da curva

<b>9 – ( ) Amamentação ineficaz</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Fatores Relacionados</b>	( ) Parceiro não oferece apoio	Parceiro estável ( ) Sim ( ) Não Parceiro participa na tomada de decisão na solução de problemas relativos a: ( ) criança ( ) amamentação ( ) Não Parceiro participa dos cuidados com: ( ) criança ( ) casa ( ) Não
	( ) Família que não oferece apoio	Quem ajuda nos cuidados com a criança ou com afazeres domésticos? ( ) ninguém ( ) mãe ( ) irmã ( ) companheiro ( ) amiga/vizinha ( ) outros (especificar) _____ Tipo de ajuda _____
	( ) Cirurgia prévia de mama	Presença ou relato de cirurgia mamária: ( ) retirada glândula mamária bilateral ( ) retirada glândula mamária unilateral ( ) D ( ) E ( ) implantação de prótese mamária ( ) outras _____ História de Mastectomia? ( ) Não ( ) unilateral ( ) bilateral ( ) Amastia [lado( ) D ( ) E]
	( ) Criança que recebe alimentação suplementar com mamadeiras	Usa algum complemento na alimentação da criança (ex. chá, água, leite industrializado, ou animal)? ( ) Sim _____ ( ) Não Faz uso de mamadeira? ( ) Sim ( ) Não Como deve ser a alimentação da criança nos primeiros seis meses de vida? Faz uso de chupeta? ( ) Sim ( ) Não _____
	( ) Prematuridade	IG ____ sem
	( ) História prévia de fracasso na amamentação	Amamentou outros filhos? ( ) Sim Por quanto tempo? _____ ( ) Não _____

<b>Fatores Relacionados</b>	( ) Reflexo de sucção da criança insatisfatório	Em relação a criança: examinar Fissuras labiopalatais? ( ) Sim ( ) Não Observar a amamentação e verificar: Abocanha região areolar-mamilar? ( ) Sim ( ) Não Tem reflexo de sucção/deglutição? ( ) Sim ( ) Não Tem boa sucção? ( ) Sim ( ) Não Há adequada posição ao amamentar? ( ) Sim ( ) Não É possível ouvir ou ver a deglutição da criança? ( ) Sim ( ) Não
	( ) Anomalia do peito materno	Mamilo apresenta-se: ( ) protruso ( ) plano ( ) pseudo-invertido ( ) invertido ( ) malformados ( ) hipertrófico ( ) Politelia ( ) Atelia [lado( )D ( )E] Presença ou relato de cirurgia mamária: ( ) retirada glândula mamária bilateral ( ) retirada glândula mamária unilateral [lado( )D ( )E] ( ) implantação de prótese mamária ( ) outras _____ História de Mastectomia? ( ) Não ( ) unilateral ( ) bilateral ( ) Amastia [lado( )D ( )E]
	( ) Ansiedade materna	Tem tido algum problema? ( ) Não ( ) Sim _____ O que tem feito para lidar com isto? _____ Considera que tem dado certo? _____ Sente-se sobrecarregada com as atividades de cuidados com a criança? ( ) Não ( ) Sim Comente: _____ Sente alguma dificuldade de desempenhar o papel de mãe? ( ) Não ( ) Sim Como se sente em relação a isso? _____  Considera que está sob algum tipo de tensão, ou pressão ou estresse (ex. financeiro, legal, crise recente, mudança cultural)? ( ) Não ( ) Sim Qual? _____
	( ) Interrupção na amamentação	Houve episódios de interrupção do padrão usual de amamentação? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Anomalia da criança	Possui fissura labiopalatais? ( ) Sim ( ) Não ( ) outra anormalidade _____
	( ) Déficit de conhecimento	Como é produzido o leite materno? Quais são os fatores que interferem nessa produção? Composição do leite materno _____ Quanto tempo deve durar cada mamada? Quantas vezes por dia deve ser amamentado a criança? Qual é o intervalo que deve ser dado entre as mamadas? Qual é a posição adequada para a criança ser amamentada? Usa algum complemento na alimentação da criança (ex. chá, água, leite industrializado, ou animal)? ( ) Não ( ) Sim _____ Faz uso de mamadeira? ( ) Não ( ) Sim _____ Como deve ser a alimentação da criança nos primeiros seis meses de vida? Faz uso de chupeta? ( ) Não ( ) Sim _____
<b>Características Definiadoras</b>	( ) Processo de amamentação insatisfatório	Está satisfeita em amamentar? ( ) Sim ( ) Não Quais eram as expectativas e relação à amamentação? (Como acha que seria) _____ _____ _____ A amamentação está transcorrendo de acordo com as expectativas da puérpera? _____ _____ Dispõe de locais que considerados adequados/satisfatórios para amamentar? _____ Existem interferências no momento da amamentação? _____

Continua

<b>Características Definidoras</b>	( ) Descontinuidade da sucção na mamada	Interrompe a mamada? ( ) Sim _____ ( ) Não Mama continuamente por quanto tempo? ____ O padrão de amamentação da criança é regular (estável)? _____ Amamentação exclusiva? ( ) Sim ( ) Não _____ Quantas vezes a criança mama ao dia? _____ Duração média das mamadas? _____ Qual o intervalo entre as mamadas, aproximadamente? __x__h Como é o padrão de amamentação da criança no período noturno? _____ A sucção da criança é regular e contínua? ( ) Sim ( ) Não _____
	( ) Resistência da criança em apreender a região areolar-mamilar com a boca	Em relação a criança: examinar Fissuras labiopalatais? ( ) Sim ( ) Não Observar a amamentação e verificar: Abocanha região areolar-mamilar? ( ) Sim ( ) Não Tem reflexo de sucção/deglutição? ( ) Sim ( ) Não Tem boa sucção? ( ) Sim ( ) Não Há adequada posição ao amamentar? ( ) Sim ( ) Não É possível ouvir ou ver a deglutição da criança? ( ) Sim ( ) Não A criança mostra resistência em apreender a região areolar? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Persistência dos mamilos doloridos após 1ª semana de amamentação	Sente dor mamilar durante amamentação? ( ) Não ( ) Sim. Intensidade ____ (0/10) Há quantos dias? ____
	( ) Incapacidade da criança de apreender a região areolar-mamilar corretamente	Abocanha região areolar-mamilar? ( ) Sim ( ) Não
	( ) Criança que se arqueia no peito	Criança que se arqueia no peito? ( ) sempre ( ) a maioria das vezes ( ) raramente ( ) Não
	( ) Criança chora ao ser posta no peito	Criança chora ao ser posta no peito? ( ) sempre ( ) a maioria das vezes ( ) raramente ( ) Não
	( ) Criança chora na 1ª hora após a amamentação	Criança chora na 1ª hora após a amamentação? ( ) sempre ( ) a maioria das vezes ( ) raramente ( ) Não
	( ) Criança que exibe agitação na 1ª hora após a amamentação	Criança que exibe agitação e chora durante a 1ª hora após a amamentação? ( ) sempre ( ) a maioria das vezes ( ) raramente ( ) Não
	( ) Suprimento de leite inadequado percebido	O que acha da quantidade e leite que está produzindo? _____
	( ) Suprimento de leite inadequado	Há presença de “descida de leite” (puxos)? ( ) Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) Não Amamentação exclusiva? ( ) Sim ( ) Não _____ Após a mamada a criança: ( ) fica calma ( ) adormece ( ) chora ( ) fica irritada ( ) outros _____ Quantas vezes a criança mama ao dia? _____ Duração média das mamadas? _____ Qual o intervalo entre as mamadas, aproximadamente? __x__h Como é o padrão de amamentação da criança no período noturno? _____ A criança apresenta sinais de crescimento? (aumento de peso, estatura) _____
	( ) Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação	A mama fica cheia após a mamada? ( ) Sim ( ) Não

10 – ( ) <i>Risco de Amamentação Ineficaz</i>		Parâmetros de Avaliação
<b>Fatores de Risco</b>	( ) Parceiro não oferecem apoio	Parceiro estável ( ) Sim ( ) Não Parceiro participa na tomada de decisão na solução de problemas relativos a: ( ) criança ( ) amamentação ( ) Não Parceiro participa dos cuidados com: ( ) criança ( ) casa ( ) Não
	( ) Família que não oferecem apoio	Quem ajuda nos cuidados com a criança ou com afazeres domésticos? ( ) ninguém ( ) mãe ( ) irmã ( ) companheiro ( ) amiga/vizinha ( ) outros (especificar) _____ Tipo de ajuda _____
	( ) Cirurgia prévia de mama	Presença ou relato de cirurgia mamária: ( ) retirada glândula mamária bilateral ( ) retirada glândula mamária unilateral ( ) D ( ) E ( ) implantação de prótese mamária ( ) outras _____ História de Mastectomia? ( ) Não ( ) unilateral ( ) bilateral ( ) Amastia [lado( ) D ( ) E]
	( ) Criança que recebe alimentação suplementar com mamadeiras	Usa algum complemento na alimentação da criança (ex. chá, água, leite industrializado, ou animal)? ( ) Sim _____ ( ) Não Faz uso de mamadeira? ( ) Sim ( ) Não Como deve ser a alimentação da criança nos primeiros seis meses de vida? Faz uso de chupeta? ( ) Sim ( ) Não _____
	( ) Prematuridade	IG ___ sem
	( ) História prévia de fracasso na amamentação	Amamentou outros filhos? ( ) Sim Por quanto tempo? _____ ( ) Não _____
	( ) Reflexo de sucção da criança insatisfatório	Em relação a criança: examinar Fissuras labiopalatais? ( ) Sim ( ) Não Observar a amamentação e verificar: Abocanha região areolar-mamilar? ( ) Sim ( ) Não Tem reflexo de sucção/deglutição? ( ) Sim ( ) Não Tem boa sucção? ( ) Sim ( ) Não Há adequada posição ao amamentar? ( ) Sim ( ) Não É possível ouvir ou ver a deglutição da criança? ( ) Sim ( ) Não
	( ) Anomalia do peito materno	Mamilo apresenta-se: ( ) protruso ( ) plano ( ) pseudo-invertido ( ) invertido ( ) malformados ( ) hipertrófico ( ) Politelia ( ) Atelia [lado( ) D ( ) E] Presença ou relato de cirurgia mamária: ( ) retirada glândula mamária bilateral ( ) retirada glândula mamária unilateral [lado( ) D ( ) E] ( ) implantação de prótese mamária ( ) outras _____ História de Mastectomia? ( ) Não ( ) unilateral ( ) bilateral ( ) Amastia [lado( ) D ( ) E]
	( ) Ansiedade materna	Tem tido algum problema? ( ) Não ( ) Sim _____ O que tem feito para lidar com isto? _____ Considera que tem dado certo? _____ Sente-se sobrecarregada com as atividades de cuidados com a criança? ( ) Não ( ) Sim Comente: _____ Sente alguma dificuldade de desempenhar o papel de mãe? ( ) Não ( ) Sim Como se sente em relação a isso? _____ Considera que está sob algum tipo de tensão, ou pressão ou estresse (ex. financeiro, legal, crise recente, mudança cultural)? ( ) Não ( ) Sim Qual? _____
	( ) Interrupção na amamentação	Houve episódios de interrupção do padrão usual de amamentação? ( ) Não ( ) Sim _____

Continua

<b>Fatores de Risco</b>	( ) Anomalia da criança	Possui fissura labiopalatais? ( ) Sim ( ) Não ( ) outra anormalidade _____
	( ) Déficit de conhecimento	Como é produzido o leite materno? Quais são os fatores que interferem nessa produção? Composição do leite materno _____ Quanto tempo deve durar cada mamada? Quantas vezes por dia deve ser amamentado a criança? Qual é o intervalo que deve ser dado entre as mamadas? Qual é a posição adequada para a criança ser amamentada? Usa algum complemento na alimentação do recém-nascido (ex. chá, água, leite industrializado, ou animal)? ( ) Não ( ) Sim _____ Faz uso de mamadeira? ( ) Não ( ) Sim _____ Como deve ser a alimentação da criança nos primeiros seis meses de vida? Faz uso de chupeta? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Processo de amamentação insatisfatório	Está satisfeita em amamentar? ( ) Sim ( ) Não Quais eram as expectativas e relação à amamentação? (Como acha que seria) _____ _____ _____ A amamentação está transcorrendo de acordo com as expectativas da puérpera? _____ _____ Dispõe de locais que considerados adequados/satisfatórios para amamentar? _____ Existem interferências no momento da amamentação? _____
	( ) Descontinuidade da sucção na mamada	Interrompe a mamada? ( ) Sim _____ ( ) Não Mama continuamente por quanto tempo? ____ O padrão de amamentação da criança é regular (estável)? _____ Amamentação exclusiva? ( ) Sim ( ) Não _____ Quantas vezes a criança mama ao dia? _____ Duração média das mamadas? _____ Qual o intervalo entre as mamadas, aproximadamente? __x__h Como é o padrão de amamentação da criança no período noturno? _____ A sucção da criança é regular e contínua? ( ) Sim ( ) Não _____
	( ) Resistência da criança em apreender a região areolar-mamilar com a boca	Em relação a criança: examinar Fissuras labiopalatais? ( ) Sim ( ) Não Observar a amamentação e verificar: Abocanha região areolar-mamilar? ( ) Sim ( ) Não Tem reflexo de sucção/deglutição? ( ) Sim ( ) Não Tem boa sucção? ( ) Sim ( ) Não Há adequada posição ao amamentar? ( ) Sim ( ) Não É possível ouvir ou ver a deglutição da criança? ( ) Sim ( ) Não A criança mostra resistência em apreender a região areolar? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Persistência dos mamilos doloridos após 1ª semana de amamentação	Sente dor mamilar durante amamentação? ( ) Não ( ) Sim. Intensidade ____ (0/10) Há quantos dias? ____
	( ) Incapacidade da criança de apreender a região areolar-mamilar corretamente	Abocanha região areolar-mamilar? ( ) Sim ( ) Não
	( ) Criança que se arqueia no peito	Criança que se arqueia no peito? ( ) sempre ( ) a maioria das vezes ( ) raramente ( ) Não

<b>Fatores de Risco</b>	<input type="checkbox"/> Criança chora ao ser posta no peito	Criança chora ao ser posta no peito? <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> a maioria das vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Criança chora na 1ª hora após a amamentação	Criança chora na 1ª hora após a amamentação? <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> a maioria das vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Criança que exhibe agitação e chora durante a 1ª hora após a amamentação	Criança que exhibe agitação e chora durante a 1ª hora após a amamentação? <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> a maioria das vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Suprimento de leite inadequado percebido	O que acha da quantidade e leite que está produzindo? _____ _____ Há presença de “descida de leite” (puxos)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> frequentemente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Suprimento de leite inadequado	Amamentação exclusiva? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____ Após a mamada a criança: <input type="checkbox"/> fica calma <input type="checkbox"/> adormece <input type="checkbox"/> chora <input type="checkbox"/> fica irritada <input type="checkbox"/> outros _____ Quantas vezes a criança mama ao dia? _____ Duração média das mamadas? _____ Qual o intervalo entre as mamadas, aproximadamente? ____ x ____ h Como é o padrão de amamentação da criança no período noturno? _____ A criança apresenta sinais de crescimento? (aumento de peso, estatura) _____
	<input type="checkbox"/> Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação	A mama fica cheia após a mamada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

<b>11 – <input type="checkbox"/> Amamentação interrompida</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b> Teve de interromper a amamentação? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____
<b>Fatores Relacionados</b>	<input type="checkbox"/> Contra-indicações à amamentação	Existe alguma contra-indicação para amamentar: Relacionados a mãe (como doenças graves – insuficiência cardíaca, endocardite bacteriana; doenças virais – varicela, herpes simples na mama, HIV positivo, drogas contra-indicadas usadas pela mãe) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar _____ Relacionados a criança (como galactosemia, fenilcetonúria) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar _____
	<input type="checkbox"/> Emprego materno	Teve que retornar ao trabalho antes de 45 dias de pós-parto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Doença da mãe	Existe alguma doença que impede amamentação? Relacionada a mãe <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar _____
	<input type="checkbox"/> Doença da criança	Existe alguma doença que impede amamentação? Relacionada a criança <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar _____
	<input type="checkbox"/> Necessidade de desmamar abruptamente a criança	Aconteceu algo que a obrigou desmamar abruptamente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar _____
	<input type="checkbox"/> Prematuridade	IG ____ sem

Continua

<b>Características Definiadoras</b>	( ) A criança não recebe nutrição em algumas ou todas as mamadas	A criança deixa de receber nutrição nas mamadas? _____ _____
	Desejo da mãe de:  ( ) eventualmente oferecer seu leite ( ) manter o aleitamento materno ( ) oferecer seu leite para atender às necessidades nutricionais do filho	Teve de interromper a amamentação? _____  Pensa em oferecer o leite materno? ( ) sempre ( ) a maioria das vezes ( ) raramente ( ) Não Gostaria que sua criança continuasse a receber o leite materno por quanto tempo? _____ Gostaria de retornar a amamentação? _____
	( ) Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha)	Foi orientada durante o Pré-Natal quanto ao ordenha manual do leite materno? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____ Apresenta conhecimento para ordenha manual? ( ) Não ( ) Sim Quais _____ Conhece outras formas de ordenha? ( ) Não ( ) Sim Quais _____
	( ) Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno	Apresenta conhecimento sobre armazenamento? ( ) Não ( ) Sim: Quais _____
	( ) Separação da mãe e da criança	Desde o parto, houve algum período de separação da mãe e da criança? ( ) Não ( ) Sim Motivo: _____

<b>12 – ( ) Risco de Amamentação interrompida</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Fatores de Risco</b>	( ) Contra-indicações à amamentação	Existe alguma contra-indicação para amamentar: Relacionados a mãe (como doenças graves – insuficiência cardíaca, endocardite bacteriana; doenças virais – varicela, herpes simples na mama, HIV positivo, drogas contra-indicadas usadas pela mãe) ( ) Não ( ) Sim Especificar _____ Relacionados a criança (como galactosemia, fenilcetonúria) ( ) Não ( ) Sim Especificar _____
	( ) Emprego materno	Tem que retornar ao trabalho antes de 45 dias de pós-parto? ( ) Sim ( ) Não
	( ) Doença da mãe	Existe alguma doença que impede amamentação? Relacionada a mãe ( ) Não ( ) Sim Especificar _____
	( ) Doença da criança	Existe alguma doença que impede amamentação? Relacionada a criança ( ) Não ( ) Sim Especificar _____
	( ) Necessidade de desmamar abruptamente a criança	Tem algo que a possa obrigar a desmamar abruptamente? ( ) Não ( ) Sim Especificar _____ Gostaria de oferecer outro tipo de alimento para que a criança não amamentasse mais em você? ( ) Não ( ) Sim Comente: _____
	( ) Prematuridade	IG ____ sem

<input type="checkbox"/> A criança não recebe nutrição em algumas ou todas as mamadas	A criança deixa de receber nutrição nas mamadas? _____ _____
Desejo da mãe de:  <input type="checkbox"/> eventualmente oferecer seu leite <input type="checkbox"/> manter o aleitamento materno <input type="checkbox"/> oferecer seu leite para atender às necessidades nutricionais do filho	Teve de interromper a amamentação? _____  Pensa em oferecer o leite materno? <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> a maioria das vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> Não Gostaria que sua criança continuasse a receber o leite materno por quanto tempo? _____ Gostaria de retornar a amamentação? _____
<input type="checkbox"/> Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha)	Foi orientada durante o Pré-Natal quanto ao ordenha manual do leite materno? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (quais) _____ Apresenta conhecimento para ordenha manual? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais _____ Conhece outras formas de ordenha? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais _____
<input type="checkbox"/> Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno	Apresenta conhecimento sobre armazenamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: Quais _____
<input type="checkbox"/> Separação da mãe e da criança	Desde o parto, houve algum período de separação da mãe e da criança? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Motivo: _____

<b>13 - ( ) Dor aguda</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Fatores Relacionados</b>	Agentes lesivos – <input type="checkbox"/> Biológicos	A puérpera refere dor? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual o local? _____ Há quantos dias? _____ Tipo de dor _____ Intensidade 0/10 __ (avaliado por VAS e NRS) Ingurgitamento mamário? Leve ___ Moderado ___ Intenso Presença de trauma mamilar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? <input type="checkbox"/> Fissura <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Erosão <input type="checkbox"/> Vesículas Houve laceração perineal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não De que grau? <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Não informado Houve episiotomia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Necessitou curetagem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Parto por cesárea? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Outras lesões na pele e mucosa: _____ Sente dor mamilar durante amamentação? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Intensidade (0/10) Há quantos dias? ____ <input type="checkbox"/> Biológicos avaliar presença de lesão tecidual, ingurgitamento mamário, processo inflamatório Há processo infeccioso na mama? <input type="checkbox"/> unilateral <input type="checkbox"/> bilateral <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Químicos	<input type="checkbox"/> Químicos Contato com agentes químicos lesivos: _____
	<input type="checkbox"/> Físicos	<input type="checkbox"/> Físicos. Sofreu ação lesiva decorrente de exposição ao frio ou calor ou radiação? _____

Continua

<b>FR</b>	( ) Psicológicos	( ) Psicológicos. A puérpera enfrenta algum tipo de angústia ou sofrimento psíquico que leva a ocorrência de dor? Descrever _____
<b>Características Definidoras</b>	( ) Comportamento de distração	( ) Não ( ) Sim Qual? _____ ( ) andar de um lado para outro ( ) procurar outras pessoas e/ou atividades ( ) atividades repetitivas
	( ) Comportamentos de proteção	Protege alguma parte do corpo do toque ou contato? Como? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Comportamento expressivo	Apresenta: ( ) agitação ( ) gemer ( ) chorar ( ) vigilância ( ) irritabilidade ( ) suspirar Outro _____
	( ) Respostas autonômicas	( ) diaforese ( ) dilatação pupilar Alteração na: ( ) PA ___x___ mmHg ( ) FR ___ipm ( ) FC ___bpm Outro _____
	( ) Distúrbio do sono	Dorme quantas horas / dia _____ ( ) Olhos sem brilho ( ) Aparência abatida ( ) careta ( ) Movimentos fixo ou disperso ( ) Queixa do problema
	( ) Evidência observada	Durante entrevista foi observado evidência de dor? ( ) Não ( ) Sim Qual? _____
	( ) Expressão facial	Há expressão facial de dor? ( ) Não ( ) Sim
	( ) Foco estreitado	( ) Percepção do tempo alterada ( ) Processos de pensamento prejudicados ( ) Interação reduzida com pessoas e ambiente ( ) Dispersa não consegue manter a concentração em um foco
	( ) Gestos protetores	Durante entrevista foi observado algum gesto protetor? ( ) Não ( ) Sim Qual? _____
	( ) Mudança no apetite	Houve alteração do apetite devido à dor? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Alteração autonômica no tônus muscular	Tônus muscular: ( ) normal ( ) rígido ( ) relaxado
	( ) Posição para evitar dor	Apresenta alguma posição para evitar dor? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Relato verbal	Apresenta relato de dor? ( ) Não ( ) Sim _____
( ) Relato codificado*	( ) Não ( ) Sim	

<b>14 – ( ) Disposição para maternidade melhorada</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Características Definidoras</b>	( ) Apresenta expectativas realista com relação ao filho	Tinha algum desejo de como gostaria que a criança fosse? _____ A criança corresponde a essas expectativas? _____ Como se sente em relação a ela? _____ Há algo do físico da criança que a desagrada? ( ) Não ( ) Sim O quê? _____
	( ) Evidência de vínculo	Faz contato visual com a criança durante a amamentação? ( ) Sim ( ) Não _____ Fala com o RN? ( ) Sim ( ) Não _____ _____ Padrão de contato físico com o RN ( ) Toca o RN para prestar os cuidados de higiene perineal, perianal, umbilical, banho ( ) Toca o RN para amamentar ( ) Acaricia o RN durante os cuidados

Continua

<b>Características Definiadoras</b>		( ) Acaricia o RN fora da realização de cuidados Consegue identificar algum tipo de código de comunicação no RN? _____
	( ) Expressa desejo de melhorar a maternidade	Como acha que está se saindo como mãe, até agora? _____ _____ Existe algo mais que gostaria de fazer pela criança? _____ _____ Depende da ajuda de alguém para cuidar da criança? ( ) Não ( ) Sim De quem e para quais atividades _____ Como acha que está sua criança, em relação aos cuidados que você está dando? _____
	( ) Necessidades do filho atendidas	Provisão de cuidados da criança: A criança se apresenta: ( ) ativa ( ) calma ( ) higienizada ( ) livre de assaduras ( ) com vestes apropriadas para a temperatura ambiente ( ) com peso dentro da faixa esperada Outras observações: _____

<b>15 - ( ) Maternidade prejudicada</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Fatores Relacionados</b>	( ) <b>Fatores sociais:</b> ( ) Ambiente doméstico insatisfatório	Como considera o ambiente familiar para cuidar da criança? _____ No ambiente doméstico quais são as tarefas que estão sob sua responsabilidade? _____ Elas afetam sua relação com a criança? ( ) Não ( ) Sim Como? _____ Quais as tarefas que estão sob a responsabilidade dos outros membros da família? _____ Houve alguma mudança nas atribuições, ou responsabilidades, ou tarefas designadas dos membros da família? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Arranjos impróprios para cuidado da criança	Como se organiza para cuidar da criança? _____ _____ A criança atrapalhou algum plano para o futuro? _____ Como se sente sobre isso? _____ Quem ajuda nos cuidados com a criança ou com afazeres domésticos? ( ) ninguém ( ) mãe ( ) irmã ( ) companheiro ( ) amiga/vizinha ( ) outros (especificar) _____ Tipo de ajuda _____ _____ ( ) Necessita de ajuda adicional _____
	( ) Conflito conjugal	Está com algum conflito com seu marido ou companheiro? _____ Parceiro estável ( ) Sim ( ) Não Parceiro participa na tomada de decisão na solução de problemas relativos a: ( ) criança ( ) amamentação ( ) Não Parceiro participa dos cuidados com: ( ) criança ( ) casa ( ) Não

<b>Fatores Relacionados</b>	( )Desemprego ( )Dificuldades financeiras ( )Falta de recursos ( )Nível econômico baixo ( )Pobreza	Profissão/ocupação:..... Enfrenta dificuldade financeira? _____  Renda familiar por salários mínimos: ( )sem renda ( )até 1 ( ) 1 a 2 ( )3 a 4 ( ) acima de 4 Nº de moradores na casa:____nº de cômodos da casa:____renda per capita:____ Moradia: ( )própria ( )alugada ( )cedida
	( )Dificuldades legais	Enfrenta dificuldade legal? _____
	( )Estratégias de enfrentamento mal-adaptadas	Tem tido algum problema? ( )Não ( )Sim _____ O que tem feito para lidar com isto? _____ _____ Considera que tem dado certo? _____
	( )Falta de coesão da família	Em relação a família nuclear (puérpera, esposo, criança), avalie o grau de união de sua família de 0-10. Nota:____ Comente:_____
	( )Falta de modelo do papel de mãe ( ) Modelo insatisfatório do papel de mãe	Há pessoas na sua família que você considera como bons exemplos de mãe? Quem? ( )Não ( )Sim _____ Comente: _____
	( )Falta de valorização maternidade	O que significa a maternidade em sua vida? _____ _____
	( )Gravidez não-planejada	A gravidez foi planejada? ( )Não ( )Sim _____
	( )Gravidez indesejada	A gravidez foi desejada? ( )Não ( )Sim _____
	( )História de ter sofrido abuso	Sofreu algum tipo de violência? ( )Não ( )Sim Qual?_____
	( )Incapacidade de colocar as necessidades da criança frente das suas próprias	Depois do nascimento da criança o que mudou na sua vida de modo geral e no cotidiano?_____
	( )Isolamento social	Tem tido contato com outras pessoas? Quem e com que frequência? _____
	( )Mãe da criança não envolvida	No ambiente doméstico quais são as tarefas que estão sob sua responsabilidade? _____ Elas afetam sua relação com a criança? ( ) Não ( ) Sim Como? _____ O que significa a maternidade em sua vida? _____
	( ) Mãe solteira	Estado civil: ( ) casada ( ) solteira ( ) união consensual ( ) outros
	( )Mudança na unidade familiar	Houve mudança na composição familiar? ( ) Não ( ) Sim Qual? _____
	( )Estresse	Considera que está sob algum tipo de tensão, ou pressão ou estresse (ex. financeiro, legal, crise recente, mudança cultural)? ( ) Não ( ) Sim Qual? _____

Continua

<b>Fatores Relacionados</b>	( ) Tensão relacionada ao papel de mãe	Sente-se sobrecarregada com as atividades de cuidados com a criança? ( ) Não ( ) Sim Comente: _____ Sente alguma dificuldade de desempenhar o papel de mãe? ( ) Não ( ) Sim Como se sente em relação a isso? _____
	( ) Baixa autoestima situacional	Como você se descreveria antes da gravidez: - fisicamente -Como você se descreve agora: - fisicamente De um a dez, qual é sua satisfação consigo mesma? Fale sobre sua opinião
		As pessoas de família te elogiam? ( ) Não ( ) Sim Quem? _____ Como se sente com isso? _____ E os profissionais de saúde? ( ) Não ( ) Sim Quem? _____ Como se sente com isso? _____
		O que considera importante na vida? _____ _____
		Nas famílias existem valores que são importantes e que são transmitidos de uma geração para outra (ex. solidariedade, honestidade, bem ao próximo, respeito, etc.), quais são os valores que você adota? _____
		Nesse momento da sua vida continua agindo em conformidade com estes valores? ( ) Sim ( ) Não _____
		Quando analisa o que já fez na sua vida, considera que teve mais fracasso ou sucesso? _____
		Apresenta problema para realizar alguma atividade de vida diária? ( ) comer ( ) preparar o alimento ( ) movimentar-se ( ) andar ( ) ir ao banheiro ( ) escovar os dentes ( ) pentear os cabelos ( ) vestir-se ( ) subir/descer escadas ( ) lavar louça ( ) limpar a casa
		Apresenta problema para realizar alguma atividade instrumental de vida diária? ( ) fazer compras ( ) tomar ônibus ( ) usar o telefone ( ) fazer uso de medicamentos ( ) ir até o serviço de saúde
		Houve mudança no papel social? ( ) Não ( ) Sim ( ) de mulher para mãe ( ) outro _____ Houve mudança no lazer na vida social após o nascimento desta criança? _____ .Isto a incomoda de alguma forma? ( ) Não ( ) Sim _____
		Sofreu algum tipo de rejeição? ( ) Não ( ) Sim Como se sente em relação a isto? _____ Considera-se uma pessoa rejeitada? ( ) Não ( ) Sim Por quem? _____
		Como se avalia para lidar com este período que está vivendo? ( ) capaz ( ) incapaz _____ De modo geral, quando você toma alguma decisão ou tenta resolver problemas, ou quando faz algo, acha que agiu de forma que trouxe bons resultados? _____ No geral, tem a sensação de mudar ou apagar as coisas que realizou? _____
		Se sente desamparada de algum modo? ( ) Não ( ) Sim _____
		Se considera importante? Não ( ) _____ ( ) Sim _____ Para quem você se considera importante? _____
	Tem apresentado dificuldade para tomar decisões? ( ) Não ( ) Sim _____	

<b>Fatores Relacionados</b>		De modo geral, quando você toma alguma decisão ou tenta resolver problemas, ou quando faz algo, acha que agiu de forma que trouxe bons resultados? _____ No geral, tem a sensação de mudar ou apagar as coisas que realizou? _____
	<b>( ) De conhecimento:</b> ( ) Baixo nível ou desenvolvimento educacional	Nível de instrução: ( ) analfabeta ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto ( ) ensino superior completo
	( ) Falta de conhecimento sobre a manutenção da saúde da criança	Como é realizado curativo do coto umbilical e quais produtos? _____ Como é realizado higienização: do ouvido? _____ do nariz? _____ da cavidade oral? _____ da região perianal, genital? _____ Como deve ser o banho da criança e qual o horário? _____ _____ Acha necessário uso de faixa abdominal na criança? ( ) Não ( ) Sim Fez uso? ( ) Não ( ) Sim _____ Expressa em alguma fala durante entrevista? ( ) Não ( ) Sim _____ Realizou vacinas? ( ) Não ( ) Sim Quais: _____ Alguma atrasada? _____
	( ) Expectativas não-realísticas em relação à criança	Tinha algum desejo de como gostaria que a criança fosse? _____ A criança corresponde a essas expectativas? _____ Como se sente em relação a ela? _____ Há algo do físico da criança que a desagrada? ( ) Não ( ) Sim O quê? _____
	( ) Funcionamento cognitivo limitado	Dificuldade em entender orientações dadas durante a entrevista? ( ) Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) Não _____ Como está sua memória? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero: _____
	( ) Pouca habilidade em comunicação	Dificuldade em se comunicar durante a entrevista? ( ) Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) Não _____
	<b>( ) Fisiológicos:</b> ( ) Doença física	Doença física da puérpera _____
	<b>( ) Da criança:</b> ( ) Criança do sexo indesejado	Desejo que a criança fosse de outro sexo? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Doença	A criança tem alguma doença? _____
	( ) Nascimento prematuro	IG ao nascer: _____ semanas
	<b>( ) Psicológico:</b> ( ) Depressão	Mãe apresenta-se com irritabilidade ( ) Choro frequente ( ) Sentimento de desamparo ( ) Falta de energia ou motivação ( ) Sensação de incapacidade de lidar com novas situações ( ) Pensou em interromper a gravidez ( ) Insônia ( ) Dorme quantas horas ___/dia Fale sobre seu sono: _____ Seu sono é restaurador? ( ) Sim ( ) Não

Fatores Relacionados		Disforia ( ) Ansiedade ( ) Dificuldade em concentrar-se ( ) Labilidade afetiva ( )
	( ) Distúrbio do sono	( ) dificuldade para dormir Dorme quantas horas / dia _____ ( ) Olhos sem brilho ( ) Aparência abatida ( ) careta ( ) Movimentos fixo ou disperso ( ) Queixa do problema ( ) Insônia
	( ) Privação do sono	( ) Depois do nascimento da criança ficou algum período maior do que 24 horas sem dormir?
	( ) História de abuso ou dependência de substância	Fez uso de alguma substância química? ( ) Não ( ) Sim Faz uso de alguma substância química? ( ) Não ( ) Sim ( ) cigarro, quantidade ao dia ___ Por quanto tempo? _____ ( ) cocaína, quantidade ao dia ___ Por quanto tempo? _____ ( ) maconha, quantidade ao dia ___ Por quanto tempo? _____ ( ) álcool, quantidade ao dia ___ Por quanto tempo? _____ ( ) outros _____
	( ) Trabalho de parto e/ou parto difíceis	Teve alguma dificuldade no: TP ( ) Não ( ) Sim Qual? _____ Parto ( ) Não ( ) Sim Qual? _____
	( ) Pouca idade	Idade: _____
	( ) História de doença mental	Já fez algum tratamento para doença mental? ( ) Sim _____ ( ) Não
	( ) Gestações com pequenos intervalos	Qual o ano das gestações anteriores _____
	( ) Grande número de gestações	G ___ PN ___ PC ___ A ___ FV ___ ( ) Não
	( ) Falta de cuidado de pré-natal	Realizou pré-natal? ( ) Não ( ) Sim Nº consultas pré-natal ___ Início em que idade gestacional _____
Características Definidoras	( ) <b>Em relação a mãe</b>	<b>Parâmetros de Avaliação</b>
	( ) Arranjos impróprios para o cuidado da criança	Como se organiza para cuidar da criança? _____ A criança atrapalhou algum plano para o futuro? _____
	( ) Hostilidade para com a criança	Como se sente sobre isso? _____ Tinha algum desejo de como gostaria que a criança fosse? _____
	( ) Declarações negativas a respeito da criança	A criança corresponde a essas expectativas? _____ Como se sente em relação a ele? _____
	( ) Declarações de incapacidade para satisfazer as necessidades da criança ( ) Verbalização de inadequação ao papel ( ) Verbalização de frustração	Depois do nascimento da criança o que mudou na sua vida de modo geral e no cotidiano? _____ Como acha que está se saindo como mãe, até agora? _____ Depende da ajuda de alguém para cuidar da criança? ( ) Não ( ) sim – de quem e para quais atividades _____ Como acha que está sua criança, em relação aos cuidados que você está dando? _____

Continua

<b>Características Definiadoras</b>	<input type="checkbox"/> Habilidades pobres ou impróprias para o cuidado  <input type="checkbox"/> Negligência para com a criança	Provisão de cuidados da criança: A criança se apresenta: <input type="checkbox"/> ativa <input type="checkbox"/> calma <input type="checkbox"/> higienizada <input type="checkbox"/> livre de assaduras <input type="checkbox"/> com vestes apropriadas para a temperatura ambiente <input type="checkbox"/> com peso dentro da faixa esperada Outras observações: _____ Como é realizado curativo do coto umbilical e quais produtos? _____ _____ Como é realizado higienização: do ouvido? _____ do nariz? _____ da cavidade oral? _____ da região perianal, genital? _____ Como deve ser o banho da criança e qual o horário? _____ _____ Acha necessário uso de faixa abdominal na criança? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Fez uso? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ Expressa em alguma fala durante entrevista? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ _____ Realizou vacinas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais: _____ Alguma atrasada? _____
	<input type="checkbox"/> Interação mãe-filho insatisfatória <input type="checkbox"/> Vínculo inadequado <input type="checkbox"/> Estímulo visual, tátil ou auditiva inadequada.	Faz contato visual com a criança durante a amamentação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____ Fala com o RN? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____ _____ Padrão de contato físico com o RN <input type="checkbox"/> Toca o RN para prestar os cuidados de higiene perineal, perianal, umbilical, banho <input type="checkbox"/> Toca o RN para amamentar <input type="checkbox"/> Acaricia o RN durante os cuidados <input type="checkbox"/> Acaricia o RN fora da realização de cuidados
	<input type="checkbox"/> Abandono  <input type="checkbox"/> Rejeição do filho	Puérpera abandonou criança? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais motivos? _____ _____ Puérpera apresenta evidência de rejeição da criança? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ _____

<b>16 - <input type="checkbox"/> Risco de Maternidade prejudicada</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Fatores de Riscos</b>	<input type="checkbox"/> <b>Fatores sociais:</b> <input type="checkbox"/> Ambiente doméstico insatisfatório	Como considera o ambiente familiar para cuidar da criança? _____ No ambiente doméstico quais são as tarefas que estão sob sua responsabilidade? _____ Elas afetam sua relação com a criança? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Como? _____ Quais as tarefas que estão sob a responsabilidade dos outros membros da família? _____ Houve alguma mudança nas atribuições, ou responsabilidades, ou tarefas designadas dos membros da família? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ _____
	<input type="checkbox"/> Arranjos impróprios para cuidado da criança	Como se organiza para cuidar da criança? _____ _____ A criança atrapalhou algum plano para o futuro? _____ Como se sente sobre isso? _____ Quem ajuda nos cuidados com a criança ou com afazeres domésticos? _____

<b>Fatores de Riscos</b>		<input type="checkbox"/> ninguém <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> irmã <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> amiga/vizinha <input type="checkbox"/> outros (especificar) _____ Tipo de ajuda _____ <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda adicional _____
	<input type="checkbox"/> Conflito conjugal	Está com algum conflito com seu marido ou companheiro? _____ Parceiro estável <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Parceiro participa na tomada de decisão na solução de problemas relativos a: <input type="checkbox"/> criança <input type="checkbox"/> amamentação <input type="checkbox"/> Não Parceiro participa dos cuidados com: <input type="checkbox"/> criança <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Desemprego <input type="checkbox"/> Dificuldades financeiras <input type="checkbox"/> Falta de recursos <input type="checkbox"/> Nível econômico baixo <input type="checkbox"/> Pobreza	Profissão/ocupação:..... Enfrenta dificuldade financeira? _____ Renda familiar por salários mínimos: <input type="checkbox"/> sem renda <input type="checkbox"/> até 1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 <input type="checkbox"/> acima de 4 N° de moradores na casa: ____ n° de cômodos da casa: ____ renda per capita: ____ Moradia: <input type="checkbox"/> própria <input type="checkbox"/> alugada <input type="checkbox"/> cedida
	<input type="checkbox"/> Dificuldades legais	Enfrenta dificuldade legal? _____
	<input type="checkbox"/> Estratégias de enfrentamento mal-adaptadas	Tem tido algum problema? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ O que tem feito para lidar com isto? _____ _____ Considera que tem dado certo? _____
	<input type="checkbox"/> Falta de coesão da família	Em relação a família nuclear (puérpera, esposo, criança), avalie o grau de união de sua família de 0-10. Nota: ____ Comente: _____
	<input type="checkbox"/> Falta de modelo do papel de mãe <input type="checkbox"/> Modelo insatisfatório do papel de mãe	Há pessoas na sua família que você considera como bons exemplos de mãe? Quem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ Comente: _____
	<input type="checkbox"/> Falta de valorização maternidade	O que significa a maternidade em sua vida? _____
	<input type="checkbox"/> Gravidez não-planejada	A gravidez foi planejada? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____
	<input type="checkbox"/> Gravidez indesejada	A gravidez foi desejada? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____
	<input type="checkbox"/> História de ter sofrido abuso	Sofreu algum tipo de violência? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____
	<input type="checkbox"/> Incapacidade de colocar as necessidades da criança frente das suas próprias	Depois do nascimento da criança o que mudou na sua vida de modo geral e no cotidiano? _____
	<input type="checkbox"/> Isolamento social	Tem tido contato com outras pessoas? Quem e com que frequência? _____
	<input type="checkbox"/> Mãe da criança não envolvida	No ambiente doméstico quais são as tarefas que estão sob sua responsabilidade? _____ Elas afetam sua relação com a criança? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Como? _____ O que significa a maternidade em sua vida? _____

<b>Fatores de Riscos</b>	( ) Mãe solteira	Estado civil: ( ) casada ( ) solteira ( ) união consensual ( ) outros
	( ) Mudança na unidade familiar	Houve mudança na composição familiar? ( ) Não ( ) Sim Qual? _____
	( ) Estresse	Considera que está sob algum tipo de tensão, ou pressão ou estresse (ex. financeiro, legal, crise recente, mudança cultural)? ( ) Não ( ) Sim Qual? _____
	( ) Tensão relacionada ao papel de mãe	Sente-se sobrecarregada com as atividades de cuidados com a criança? ( ) Não ( ) Sim Comente: _____ Sente alguma dificuldade de desempenhar o papel de mãe? ( ) Não ( ) Sim Como se sente em relação a isso? _____
	( ) Baixo autoestima situacional	Como você se descreveria antes da gravidez: - fisicamente - Como você se descreve agora: - fisicamente De um a dez, qual é sua satisfação consigo mesma? Fale sobre sua opinião As pessoas de família te elogiam? ( ) Não ( ) Sim Quem? _____ Como se sente com isso? _____ E os profissionais de saúde? ( ) Não ( ) Sim Quem? _____ Como se sente com isso? _____
		O que considera importante na vida? _____ _____ Nas famílias existem valores que são importantes e que são transmitidos de uma geração para outra (ex. solidariedade, honestidade, bem ao próximo, respeito, etc.), quais são os valores que você adota? _____ Nesse momento da sua vida continua agindo em conformidade com estes valores? ( ) Sim ( ) Não _____
		Quando analisa o que já fez na sua vida, considera que teve mais fracasso ou sucesso? _____
		Apresenta problema para realizar alguma atividade de vida diária? ( ) comer ( ) preparar o alimento ( ) movimentar-se ( ) andar ( ) ir ao banheiro ( ) escovar os dentes ( ) pentear os cabelos ( ) vestir-se ( ) subir/descer escadas ( ) lavar louça ( ) limpar a casa  Apresenta problema para realizar alguma atividade instrumental de vida diária? ( ) fazer compras ( ) tomar ônibus ( ) usar o telefone ( ) fazer uso de medicamentos ( ) ir até o serviço de saúde
		Houve mudança no papel social? ( ) Não ( ) Sim ( ) de mulher para mãe ( ) outro _____ Houve mudança no lazer na vida social após o nascimento desta criança? _____ Isto a incomoda de alguma forma? ( ) Não ( ) Sim _____
		Sofreu algum tipo de rejeição? ( ) Não ( ) Sim Como se sente em relação a isto? _____ Considera-se uma pessoa rejeitada? ( ) Não ( ) Sim Por quem? _____
	Como se avalia para lidar com este período que está vivendo? ( ) capaz ( ) incapaz _____ De modo geral, quando você toma alguma decisão ou tenta resolver problemas, ou quando faz algo, acha que agiu de forma que trouxe bons resultados? _____ No geral, tem a sensação de mudar ou apagar as coisas que realizou? _____	

Continua

<b>Fatores de Riscos</b>		Se sente desamparada de algum modo? ( ) Não ( ) Sim _____
		Se considera importante? Não ( ) _____ ( ) Sim _____ Para quem você se considera importante? _____
		Tem apresentado dificuldade para tomar decisões? ( ) Não ( ) Sim _____
		De modo geral, quando você toma alguma decisão ou tenta resolver problemas, ou quando faz algo, acha que agiu de forma que trouxe bons resultados? _____ No geral, tem a sensação de mudar ou apagar as coisas que realizou? _____
	( ) <b>De conhecimento:</b> ( ) Baixo nível ou desenvolvimento educacional	Nível de instrução: ( ) analfabeta ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto ( ) ensino superior completo
	( ) Falta de conhecimento sobre a manutenção da saúde da criança	Como é realizado curativo do coto umbilical e quais produtos? _____ Como é realizado higienização: do ouvido? _____ do nariz? _____ da cavidade oral? _____ da região perianal, genital? _____ Como deve ser o banho da criança e qual o horário? _____ _____ Acha necessário uso de faixa abdominal na criança? ( ) Não ( ) Sim Fez uso? ( ) Não ( ) Sim _____ Expressa em alguma fala durante entrevista? ( ) Não ( ) Sim _____ Realizou vacinas? ( ) Não ( ) Sim Quais: _____ Alguma atrasada? _____
	( ) Expectativas não-realísticas em relação à criança	Tinha algum desejo de como gostaria que a criança fosse? _____ A criança corresponde a essas expectativas? _____ Como se sente em relação a ela? _____ Há algo do físico da criança que a desagrada? ( ) Não ( ) Sim O quê? _____
	( ) Funcionamento cognitivo limitado	Dificuldade em entender orientações dadas durante a entrevista? ( ) Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) Não _____ Como está sua memória? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero: _____
	( ) Pouca habilidade em comunicação	Dificuldade em se comunicar durante a entrevista? ( ) Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) Não _____
	( ) <b>Fisiológicos:</b> ( ) Doença física	Doença física da puérpera _____
( ) <b>Da criança:</b> ( ) Criança do sexo indesejado	Desejo que a criança fosse de outro sexo? ( ) Não ( ) Sim _____	
( ) Doença	A criança tem alguma doença? _____	
( ) Nascimento prematuro	IG ao nascer: ____ semanas	

Continua

<b>Fatores de Riscos</b>	( ) <b>Psicológico:</b> ( ) Depressão	Mãe apresenta-se com irritabilidade ( ) Choro frequente ( ) Sentimento de desamparo ( ) Falta de energia ou motivação ( ) Sensação de incapacidade de lidar com novas situações ( ) Pensou em interromper a gravidez ( ) Insônia ( ) Dorme quantas horas ____/dia Fale sobre seu sono: _____ Seu sono é restaurador? ( ) Sim ( ) Não Disforia ( ) Ansiedade ( ) Dificuldade em concentrar-se ( ) Labilidade afetiva ( )
	( ) Distúrbio do sono	( ) dificuldade para dormir Dorme quantas horas / dia _____ ( ) Olhos sem brilho ( ) Aparência abatida ( ) careta ( ) Movimentos fixo ou disperso ( ) Queixa do problema ( ) Insônia
	( ) Privação do sono	( ) Depois do nascimento da criança ficou algum período maior do que 24 horas sem dormir?
	( ) História de abuso ou dependência de substância	Fez uso de alguma substância química? ( ) Não ( ) Sim Faz uso de alguma substância química? ( ) Não ( ) Sim ( ) cigarro, quantidade ao dia ____ Por quanto tempo? _____ ( ) cocaína, quantidade ao dia ____ Por quanto tempo? _____ ( ) maconha, quantidade ao dia ____ Por quanto tempo? _____ ( ) álcool, quantidade ao dia ____ Por quanto tempo? _____ ( ) outros _____
	( ) Trabalho de parto e/ou parto difíceis	Teve alguma dificuldade no: TP ( ) Não ( ) Sim Qual? _____ Parto ( ) Não ( ) Sim Qual? _____
	( ) Pouca idade	Idade: _____
	( ) História de doença mental	Já fez algum tratamento para doença mental? ( ) Sim _____ ( ) Não
	( ) Gestações com pequenos intervalos	Qual o ano das gestações anteriores _____
	( ) Grande número de gestações	G__ PN__ PC__ A__ FV__ ( ) Não
( ) Falta de cuidado de pré-natal	Realizou pré-natal? ( ) Não ( ) Sim Nº consultas pré-natal __ Início em que idade gestacional ____	

<b>17 - ( ) Integridade tissular prejudicada</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Fatores Relacionados</b>	( ) Mecânico (ex. pressão, abrasão, fricção)	Presença de trauma mamilar? ( ) Sim ( ) Não Qual? ( ) Fissura ( ) Escoriação ( ) Erosão ( ) Vesículas Houve laceração perineal? ( ) Sim ( ) Não De que grau? ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) Não informado Houve episiotomia? ( ) Sim ( ) Não Parto por cesárea? ( ) Sim ( ) Não ( ) Outras lesões na pele e mucosa: _____ Criança mama continuamente por quanto tempo? ____ O padrão de amamentação da criança é regular (estável)? _____ Amamentação exclusiva? ( ) Sim ( ) Não _____ Quantas vezes a criança mama ao dia? _____ Duração média das mamadas? _____ Qual o intervalo entre as mamadas, aproximadamente? __x__h

<b>Fatores Relacionados</b>		Como é o padrão de amamentação da criança no período noturno? _____ A sucção a criança é regular e contínua? ( ) Sim ( ) Não _____
	( ) Fatores nutricionais (déficit ou excesso)	Nº de refeições diárias ____ Alimentação usual no: Café da manhã: _____ Intervalo: _____ Almoço: _____ Lanche: _____ Jantar: _____ Lanche da noite: _____ Outros _____ Qual a frequência de frituras nas refeições/semana? _____ Qual o peso anterior a gestação? _____ kg Ganhou quantos kg nesta gestação? _____ Houve mudança nas refeições após o parto? ( ) Não ( ) Sim Quais? _____ Ingestão de líquidos ____ l/dia ou ____ copos de 200 ml/dia Qual o horário e composição da última refeição do dia? _____ Tem alguma dificuldade para alimentar-se? _____ _____ Tem alguma dificuldade para engolir? _____ _____ Após alimentar-se sente algum tipo de desconforto? _____ _____ Descreva como está o funcionamento intestinal. _____ _____ Tem alguma dificuldade para obter o alimento na quantidade necessária à manutenção de boas condições de nutrição? ( ) Não ( ) Sim _____ Tem feito alguma restrição alimentar devido o puerpério? _____ _____ Segue alguma dieta para pós-parto? Qual e como? _____ _____ - Come mais por conselhos ou influência de outras pessoas como a mãe, avó, sogra, vizinha? ( ) Não ( ) Sim _____ Uso observado/relato de comida como medida de: Conforto ( ) Sim ( ) Não Recompensa ( ) Sim ( ) Não
	( ) Extremos de temperatura	Uso de calor nas mamas (chuveiro quente, compressas ou bolsas de água quente)? ( ) Sim ( ) Não Usa gelo nas mamas? ( ) Sim ( ) Não Uso de calor em incisões cirúrgicas (caso tenha)? ( ) Sim ( ) Não
	( ) Déficit de conhecimento	Utilizou alguma prática que levou à lesão de pele ou mucosa, por falta de informação ou interpretação errada de informação? ( ) Não ( ) Sim especificar _____
<b>Características Definidoras</b>	( ) Tecido destruído	Houve episiotomia? ( ) Sim ( ) Não Parto por cesárea? ( ) Sim ( ) Não
	( ) Tecido lesado	Presença de trauma mamilar? ( ) Sim ( ) Não Qual? ( ) Fissura ( ) Escoriação ( ) Erosão ( ) Vesículas Houve laceração perineal? ( ) Sim ( ) Não De que grau? ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) Não informado

18 - ( ) Integridade da pele prejudicada	Parâmetros de Avaliação
( ) Externos ( ) Hipertermia ou ( ) Hipotermia	Temperatura Axilar ____ °C
( ) Mudança na pigmentação	Observação sobre a pele: Há mudança na pigmentação da pele e em qual região? _____
( ) Fator mecânico (ex. pressão, abrasão, fricção)	Ingurgitamento mamário? Leve ____ Moderado ____ Intenso Presença de trauma mamilar? ( ) Sim ( ) Não Qual? ( ) Fissura ( ) Escoriação ( ) Erosão ( ) Vesículas Houve laceração perineal? ( ) Sim ( ) Não De que grau? ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) Não informado Houve episiotomia? ( ) Sim ( ) Não Parto por cesárea? ( ) Sim ( ) Não ( ) Outras lesões na pele e mucosa: _____  Criança mama continuamente por quanto tempo? ____ O padrão de amamentação da criança é regular (estável)? _____ Amamentação exclusiva? ( ) Sim ( ) Não _____ Quantas vezes a criança mama ao dia? _____ Duração média das mamadas? _____ Qual o intervalo entre as mamadas, aproximadamente? __x__h Como é o padrão de amamentação da criança no período noturno? _____ A sucção da criança é regular e contínua? ( ) Sim ( ) Não _____
( ) Pele úmida	A mama ou mamilos tem ficado úmidos? ( ) Sim ( ) Não
( ) Substância química	Como é realizada a higienização da episiotomia ou laceração vaginal, quais produtos utiliza? _____ Quantas vezes ao dia é higienizada a região areolar? Qual produto? _____ Foi orientada após o parto quanto aos cuidados com a episiotomia ou laceração vaginal? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____ Foi orientada após o parto quanto aos cuidados com incisão cirúrgica abdominal? Quais produtos? _____ Número de vezes que realiza higiene corporal ao dia _____
( ) Internos ( ) Nutrição desequilibrada	Nº de refeições diárias ____ Alimentação usual no: Café da manhã: _____ Intervalo: _____ Almoço: _____ Lanche: _____ Jantar: _____ Lanche da noite: _____ Outros _____ Qual a frequência de frituras nas refeições/semana? _____ Qual o peso anterior a gestação? ____ kg Ganhou quantos kg nesta gestação? ____ Houve mudança nas refeições após o parto? ( ) Não ( ) Sim Quais? _____ Ingestão de líquidos ____ l/dia ou ____ copos de 200 ml/dia Qual o horário e composição da última refeição do dia? _____ Tem alguma dificuldade para alimentar-se? _____ _____ Tem alguma dificuldade para engolir? _____ _____ Após alimentar-se sente algum tipo de desconforto? _____ _____ Descreva como está o funcionamento intestinal. _____ _____

<b>Fatores Relacionados</b>		<p>Tem alguma dificuldade para obter o alimento na quantidade necessária à manutenção de boas condições de nutrição?  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____</p> <p>Tem feito alguma restrição alimentar devido o puerpério? _____</p> <p>Segue alguma dieta para pós-parto? Qual e como? _____</p> <p>- Come mais por conselhos ou influência de outras pessoas como a mãe, avó, sogra, vizinha?  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____</p> <p>Uso observado/relato de comida como medida de:          Conforto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          Recompensa <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<b>Características Definidoras</b>	<input type="checkbox"/> Destruição de camadas da pele	<p>Ingurgitamento mamário? Leve ____ Moderado ____ Intenso          Presença de trauma mamilar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          Qual? <input type="checkbox"/> Fissura <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Erosão <input type="checkbox"/> Vesículas          Houve laceração perineal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          De que grau? <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Não informado          Houve episiotomia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          Necessitou curetagem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          Parto por cesárea? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  <input type="checkbox"/> Outras lesões na pele e mucosa: _____</p>
	<input type="checkbox"/> Rompimento da superfície da pele	<p>Ingurgitamento mamário? Leve ____ Moderado ____ Intenso          Presença de trauma mamilar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          Qual? <input type="checkbox"/> Fissura <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Erosão <input type="checkbox"/> Vesículas          Houve laceração perineal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          De que grau? <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Não informado          Houve episiotomia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          Necessitou curetagem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          Parto por cesárea? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  <input type="checkbox"/> Outras lesões na pele e mucosa: _____</p>

<b>19 – <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Fatores de Risco</b>	<input type="checkbox"/> Externos <input type="checkbox"/> Hipertermia ou <input type="checkbox"/> Hipotermia	Temperatura Axilar ____ °C
	<input type="checkbox"/> Mudança na pigmentação	Observação sobre a pele: Há mudança na pigmentação da pele e em qual região? _____
	<input type="checkbox"/> Fator mecânico (ex. pressão, abrasão, fricção)	<p>Ingurgitamento mamário? Leve ____ Moderado ____ Intenso          Presença de trauma mamilar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          Qual? <input type="checkbox"/> Fissura <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Erosão <input type="checkbox"/> Vesículas          Houve laceração perineal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          De que grau? <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Não informado          Houve episiotomia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          Parto por cesárea? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  <input type="checkbox"/> Outras lesões na pele e mucosa: _____</p> <p>Criança mama continuamente por quanto tempo? ____          O padrão de amamentação da criança é regular (estável)? _____          Amamentação exclusiva? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____          Quantas vezes a criança mama ao dia? _____          Duração média das mamadas? _____          Qual o intervalo entre as mamadas, aproximadamente? __x__h          Como é o padrão de amamentação da criança no período noturno? _____          A sucção da criança é regular e contínua?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____</p>

<b>Fatores de Risco</b>	<input type="checkbox"/> Pele úmida	A mama ou mamilos tem ficado úmidos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Substância química	Como é realizada a higienização da episiotomia ou laceração vaginal, quais produtos utiliza? _____ _____ Quantas vezes ao dia é higienizada a região areolar? Qual produto? _____ Foi orientada após o parto quanto aos cuidados com a episiotomia ou laceração vaginal? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (quais) _____ Foi orientada após o parto quanto aos cuidados com incisão cirúrgica abdominal? Quais produtos? _____ Número de vezes que realiza higiene corporal ao dia _____
	<input type="checkbox"/> Internos <input type="checkbox"/> Nutrição desequilibrada	Nº de refeições diárias ____ Alimentação usual no: Café da manhã: _____ Intervalo: _____ Almoço: _____ Lanche: _____ Jantar: _____ Lanche da noite: _____ Outros _____ Qual a frequência de frituras nas refeições/semana? _____ Qual o peso anterior a gestação? _____ kg Ganhou quantos kg nesta gestação? _____ Houve mudança nas refeições após o parto? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais? _____ Ingestão de líquidos ____l/dia ou ____ copos de 200 ml/dia Qual o horário e composição da última refeição do dia? _____ Tem alguma dificuldade para alimentar-se? _____ _____ Tem alguma dificuldade para engolir? _____ _____ Após alimentar-se sente algum tipo de desconforto? _____ _____ Descreva como está o funcionamento intestinal. _____ _____ Tem alguma dificuldade para obter o alimento na quantidade necessária à manutenção de boas condições de nutrição? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ Tem feito alguma restrição alimentar devido o puerpério? _____ _____ Segue alguma dieta para pós-parto? Qual e como? _____ _____ - Come mais por conselhos ou influência de outras pessoas como a mãe, avó, sogra, vizinha? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ Uso observado/relato de comida como medida de: Conforto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Recompensa <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

20 - ( ) Medo		Parâmetros de Avaliação
Fatores Relacionados	( ) Falta de familiaridade com experiência (s) ambiental (is)	Há quanto está nesse domicílio? _____ Há quanto tempo mora nesse bairro? _____ Como se sente em relação ao lugar onde mora? _____ _____
	( ) <b>Resposta aprendida</b> ( ) condicionamento	Tem medo de alguma coisa? ( ) Não ( ) Sim Identifique: _____ Desde quando? _____
	( ) modelo ( ) identificação com outros	O que contribuiu para que houvesse este medo? _____ _____
Características Definidoras	( ) <b>Relato de:</b> ( ) Alarme ( ) Apreensão ( ) Auto-segurança diminuída ( ) Estar assustada ( ) Excitação ( ) Horror ( ) Nervosismo ( ) Pânico ( ) Tensão aumentada ( ) Terror	Puérpera relata ou apresenta: ( ) Alarme _____ ( ) Apreensão _____ ( ) Auto-segurança diminuída _____  ( ) Estar assustada _____ ( ) Excitação _____ ( ) Horror _____ ( ) Nervosismo _____ ( ) Pânico _____ ( ) Tensão aumentada _____ ( ) Terror _____
	( ) <b>Cognitivas</b> ( ) Identifica objeto do medo	Tem medo de alguma coisa? ( ) Não ( ) Sim Identifique: _____ Desde quando? _____ O que contribuiu para que houvesse este medo? _____
	( ) Capacidade de aprendizagem diminuídas	Dificuldade em entender orientações dadas durante a entrevista? ( ) Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) Não _____ Como está sua memória? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero: _____
	( ) Capacidade de resolução de problemas diminuídas	De modo geral, quando você toma alguma decisão ou tenta resolver problemas, ou quando faz algo, acha que agiu de forma que trouxe bons resultados? _____ No geral, tem a sensação de mudar ou apagar as coisas que realizou? _____ Tem apresentado dificuldade para tomar decisões? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Estímulos entendidos como ameaça	Existe algo que considera como ameaça? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Produtividade diminuída	Considera que é capaz de fazer as coisas com a mesma agilidade de sempre? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) <b>Comportamentais</b> ( ) Comportamentos de ataque	Tem estado agressiva? ( ) Não ( ) Sim _____ Ou algum episódio de briga ou desentendimento? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Comportamentos de prevenção	Tem tudo algum comportamento ou preocupação em garantir a proteção da criança ou casa ou pessoal ou alguém da família? _____
	( ) Estado de alerta aumentado	Tem algo que te preocupa? _____ Tem ficado agitada por causa desta preocupação? _____ Puérpera apresenta-se agitada? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Foco direcionado para a fonte do medo	Tem pensamentos repetitivos sobre o objeto de medo? ( ) Não ( ) Sim _____

<b>Características Definidoras</b>	( ) Impulsividade	Tem feito alguma coisa de modo impulsivo em decorrência do (s) atual (is) medo (s)? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) <b>Fisiológicas</b> ( ) Anorexia	Tem alguma dificuldade para alimentar-se? _____ Tem alguma dificuldade para engolir ou digerir? _____ Sente vontade de se alimentar? ( ) Não ( ) Sim Necessita de estímulo adicional para alimentar-se? ( ) Não ( ) Sim Ao olhar o alimento sente repulsa? ( ) Não ( ) Sim
	( ) Boca seca	Puérpera refere boca seca? ( ) Não ( ) Sim Apresenta mucosa oral hidratada? ( ) Não ( ) Sim
	( ) Contração muscular	Considera que a musculatura em especial do ombro e do pescoço está rígida ou tensa ou contraída? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Diarréia	Descreva como está o funcionamento intestinal: _____
	( ) Dilatação pupilar	Pupila dilatada? ( ) Não ( ) Sim
	( ) Dispnéia	( ) Dispnéia
	( ) Fadiga	Sente-se cansada? ( ) Não ( ) Sim Considera que é capaz de fazer as coisas com a mesma agilidade de sempre? ( ) Não ( ) Sim
	( ) Respiração aumentada	FR ___ ipm
	( ) Náusea	Sente náuseas? ( ) Não ( ) Sim Refere a que estas náuseas? _____
	( ) Palidez	Coloração das mucosas: ( ) normocorada ( ) hipocorada ___/+4
	( ) Perspiração aumentada	Puérpera apresenta sudorese intensa? ( ) Não ( ) Sim
	( ) PA sistólica aumentada	PA ___ x ___ mmHg
	( ) Pulso aumentado	P ___ bpm FR ___ ipm
	( ) Vômito	Puérpera apresenta ou refere vômitos? ( ) Não ( ) Sim Frequência ___/dia

<b>21 – ( ) Baixa autoestima situacional</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Fatores Relacionados</b>	( ) Distúrbio na imagem corporal	Como você se descreveria antes da gravidez: - fisicamente - Como você se descreve agora: - fisicamente De um a dez, qual é sua satisfação consigo mesma? Fale sobre sua opinião
	( ) Falta de reconhecimento	As pessoas de família te elogiam? ( ) Não ( ) Sim Quem? _____ Como se sente com isso? _____ E os profissionais de saúde? ( ) Não ( ) Sim Quem? _____ Como se sente com isso? _____
	( ) Comportamento inconsistente em relação aos valores	O que considera importante na vida? _____ _____ Nas famílias existem valores que são importantes e que são transmitidos de uma geração para outra (ex. solidariedade, honestidade, bem ao próximo, respeito, etc.), quais são os valores que você adota? _____ Nesse momento da sua vida continua agindo em conformidade com estes valores? ( ) Sim ( ) Não _____
	( ) Fracassos	Quando analisa o que já fez na sua vida, considera que teve mais fracasso ou sucesso? _____

Continua

<b>Fatores Relacionados</b>	( )Prejuízo funcional	Apresenta problema para realizar alguma atividade de vida diária? ( )comer ( )preparar o alimento ( )movimentar-se ( )andar ( )ir ao toailete ( )escovar os dentes ( )pentear os cabelos ( )vestir-se ( )subir/descer escadas ( )lavar louça ( )limpar a casa  Apresenta problema para realizar alguma atividade instrumental de vida diária? ( )fazer compras ( )tomar ônibus ( )usar o telefone ( )fazer uso de medicamentos ( )ir até o serviço de saúde
	( )Mudança no papel social	Houve mudança no papel social? ( )Não ( )Sim ( )de mulher para mãe ( )outro _____ Houve mudança no lazer na vida social após o nascimento desta criança?_____. Isto a incomoda de alguma forma? ( )Não ( )Sim
	( )Rejeições	Sofreu algum tipo de rejeição? ( )Não ( )Sim Como se sente em relação a isto?_____ Considera-se uma pessoa rejeitada? ( )Não ( )Sim Por quem?_____
<b>Características Definidoras</b>	( )Relata verbalmente desafio situacional atual ao seu próprio valor	Se considera importante? Não ( ) _____ ( )Sim _____ Para quem você se considera importante? _____
	( )Verbalizações autonegativas	Como você se descreveria antes da gravidez: - fisicamente - emocionalmente - psicologicamente Como você se descreve agora: - fisicamente, - emocionalmente - psicologicamente De um a dez, qual é sua satisfação consigo mesma? Fale sobre sua opinião _____
	( )Avaliação de si mesma como incapaz de lidar com situações ou eventos	Como se avalia para lidar com este período que está vivendo? ( )capaz ( )incapaz _____ De modo geral, quando você toma alguma decisão ou tenta resolver problemas, ou quando faz algo, acha que agiu de forma que trouxe bons resultados?_____ No geral, tem a sensação de mudar ou apagar as coisas que realizou? _____
	( )Expressões de desamparo	Se sente desamparada de algum modo?( )Não ( )Sim _____
	( )Expressões de sentimento de inutilidade	Se considera importante? Não ( ) _____ ( )Sim _____ Para quem você se considera importante? _____
	( )Comportamento indeciso	Tem apresentado dificuldade para tomar decisões? ( )Não ( )Sim _____
	( )Comportamento não-assertivo	De modo geral, quando você toma alguma decisão ou tenta resolver problemas, ou quando faz algo, acha que agiu de forma que trouxe bons resultados?_____ No geral, tem a sensação de mudar ou apagar as coisas que realizou? _____

22 - ( ) Risco de baixa autoestima situacional		Parâmetros de Avaliação
Fatores de Risco	( ) História de desamparo conhecido	Teve desamparo de algum modo? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) História de abuso	Em alguma circunstância sofreu abuso? ( ) Sim Qual? _____ ( ) Não
	( ) História de negligência	Em alguma circunstância sofreu negligência? ( ) Sim Qual? _____
	( ) História abandono	Em alguma circunstância sofreu abandono? ( ) Sim Qual? _____
	( ) Auto-expectativas não realistas	Como acha que está se saindo como mãe, até agora? _____ Existe algo mais que gostaria de fazer pela criança? _____ Depende da ajuda de alguém para cuidar da criança? ( ) Não ( ) Sim De quem e para quais atividades _____ Como acha que está sua criança, em relação aos cuidados que você está dando? _____
	( ) Comportamento inconsistente em relação aos valores	O que considera importante na vida? _____ Nas famílias existem valores que são importantes e que são transmitidos de uma geração para outra (ex. solidariedade, honestidade, bem ao próximo, respeito, etc.), quais são os valores que você adota? _____ Nesse momento da sua vida continua agindo em conformidade com estes valores? ( ) Sim ( ) Não _____
	( ) Distúrbio na imagem corporal	Como você se descreveria antes da gravidez: - fisicamente - Como você se descreve agora: - fisicamente De um a dez, qual é sua satisfação consigo mesma? Fale sobre sua opinião
	( ) Falta de reconhecimento	As pessoas de família te elogiam? ( ) Não ( ) Sim Quem? _____ Como se sente com isso? _____ E os profissionais de saúde? ( ) Não ( ) Sim Quem? _____ Como se sente com isso? _____
	( ) Controle sobre o ambiente diminuído	Como está o comportamento do (s) outro (s) filho (s) depois do nascimento da criança? _____ Consegue cuidar do (s) outro (s) filho (s)? ( ) Sim ( ) Não _____ Quem ajuda nos cuidados com a criança ou com afazeres domésticos? ( ) ninguém ( ) mãe ( ) irmã ( ) companheiro ( ) amiga/vizinha ( ) outros (especificar) _____ Tipo de ajuda _____ ( ) Necessita de ajuda adicional _____
	( ) Fracassos	Quando analisa o que já fez na sua vida, considera que teve mais fracasso ou sucesso? _____
	( ) Mudança de papel social	Houve mudança no papel social? ( ) Não ( ) Sim ( ) de mulher para mãe ( ) outro _____ Houve mudança no lazer na vida social após o nascimento desta criança? _____ .Isto a incomoda de alguma forma? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Prejuízo funcional	Apresenta problema para realizar alguma atividade de vida diária? ( ) comer ( ) preparar o alimento ( ) movimentar-se ( ) andar ( ) ir ao toalete ( ) escovar os dentes ( ) pentear os cabelos ( ) vestir-se ( ) subir/descer escadas ( ) lavar louça ( ) limpar a casa  Apresenta problema para realizar alguma atividade instrumental de vida diária? ( ) fazer compras ( ) tomar ônibus ( ) usar o telefone ( ) fazer uso de medicamentos ( ) ir até o serviço de saúde

Continua

	( ) Rejeições	Sofreu algum tipo de rejeição? ( ) Não ( ) Sim Como se sente em relação a isto? _____ Considera-se uma pessoa rejeitada? ( ) Não ( ) Sim Por quem? _____
--	---------------	---

<b>23 - ( ) Conhecimento deficiente sobre</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Fatores Relacionados</b>	<b>23.a - ( ) ordenha  ( ) armazenamento de leite materno</b>	Sabe como retirar o seu próprio leite? ( ) Não ( ) Sim _____ Qual a melhor forma de ordenhar, manual ou “bombinha”? Comente _____ Apresenta conhecimento sobre armazenamento? ( ) Não ( ) Sim: Quais _____
	( ) Falta de exposição	Foi orientada durante o Pré-Natal quanto ao ordenha manual do leite materno? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____ Foi orientada durante o Pré-Natal quanto ao armazenamento do leite materno? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____
	( ) Falta de capacidade de recordar	Tem pensamentos repetitivos? Sobre o quê? _____ Como está sua memória? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero:
	( ) Interpretação errônea de informação	
	( ) Limitação cognitiva	Nível de instrução: ( ) analfabeta ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto ( ) ensino superior completo Profissão/ocupação:..... Tem pensamentos repetitivos? Sobre o quê? _____ Como está sua memória? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero: Dificuldade em entender orientações dadas durante a entrevista? ( ) Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) Não _____
	( ) Falta de interesse em aprender	Além do pré-natal ou orientações dadas na alta hospitalar buscou obter conhecimento sobre ordenha e armazenamento de leite materno? ( ) Sim ( ) Não _____ Gostaria de aprender sobre isto? ( ) Sim ( ) Não _____
	( ) Falta de familiaridade com os recursos de informação	Busca informação por qual meio de comunicação? ( ) Assiste TV ( ) Acesso a internet ( ) Ouve rádio ( ) Lê jornal ( ) Nenhum ( ) outro _____
<b>Características Definidoras</b>	( ) Verbalização do problema	Durante entrevista puérpera verbalizou desconhecimento sobre ordenha e armazenamento de leite materno? Qual _____
	( ) Comportamentos exagerados	Tem alguma preocupação em especial com ordenha e armazenamento de leite materno? O que tem feito em relação a isto? _____ Tem tido alguma dificuldade? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____ Encontrou alguma forma melhor? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____

Continua

<b>Características Definidoras</b>	( ) Comportamentos impróprios (ex. hostil, agitado, apático)	Tem alguma preocupação em especial com ordenha e armazenamento de leite materno? O que tem feito em relação a isto? _____ _____ Tem tido alguma dificuldade? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____ Encontrou alguma forma melhor? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____
	( ) Seguimento inadequado de instruções	Foi orientada durante o Pré-Natal quanto ao ordenha manual do leite materno? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____ Foi orientada durante o Pré-Natal quanto ao armazenamento do leite materno? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____ Sabe como retirar o seu próprio leite? ( ) Não ( ) Sim _____ Qual a melhor forma de ordenhar, manual ou “bombinha”? Comente _____ _____ Apresenta conhecimento sobre armazenamento? ( ) Não ( ) Sim: Quais _____
	( ) <i>fator cultural</i>	Puérpera segue alguma orientação de mãe, ou sogra, ou cunhada, ou vizinha, ou amiga, ou marido por se tratar de hábito ou costume cultural? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____ _____

<b>Fatores Relacionados</b>	<b>23.b-</b> ( ) <b>amamentação</b>	Como é produzido o leite materno? Quais são os fatores que interferem nessa produção? Composição do leite materno _____ Quanto tempo deve durar cada mamada? Quantas vezes por dia a criança deve ser amamentado? Qual é o intervalo que deve ser dado entre as mamadas? Qual é a posição adequada para a criança ser amamentada? Usa algum complemento na alimentação da criança (ex. chá, água, leite industrializado, ou animal)? ( ) Sim _____ ( ) Não Faz uso de mamadeira? ( ) Sim ( ) Não Como deve ser a alimentação da criança nos primeiros seis meses de vida? Faz uso de chupeta? ( ) Sim ( ) Não _____
	( ) Falta de exposição	Foi orientada durante o Pré-Natal ou alta hospitalar quanto a amamentação? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____ _____
	( ) Falta de capacidade de recordar	Como está sua memória? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero: Dificuldade em entender orientações dadas durante a entrevista? ( ) Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) Não _____
	( ) Interpretação errônea de informação	
	( ) Limitação cognitiva	Nível de instrução: ( ) analfabeta ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto ( ) ensino superior completo Profissão/ocupação:..... Tem pensamentos repetitivos? Sobre o quê? _____ Como está sua memória? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero: Dificuldade em entender orientações dadas durante a entrevista? ( ) Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) Não
	( ) Falta de interesse em aprender	Além do pré-natal ou orientações dadas na alta hospitalar buscou obter conhecimento sobre amamentação? ( ) Sim ( ) Não _____ Gostaria de aprender sobre isto? ( ) Sim ( ) Não _____ _____

	( )Falta de familiaridade com os recursos de informação	Busca informação por qual meio de comunicação? ( )Assiste TV ( )Acesso a internet ( )Ouve rádio ( )Lê jornal ( ) Nenhum ( )outro _____
	( )Verbalização do problema	Durante entrevista puerperal verbalizou desconhecimento sobre amamentação? Qual _____ _____
<b>Características Definidoras</b>	( )Comportamentos exagerados	Tem alguma preocupação em especial com amamentação? O que tem feito em relação a isto? _____ _____ Tem tido alguma dificuldade? ( )Sim ( )Não Especificar _____ Encontrou alguma forma melhor? ( )Sim ( )Não Especificar _____
	( )Comportamentos impróprios (ex. hostil, agitado, apático)	Tem alguma preocupação em especial com amamentação? O que tem feito em relação a isto? _____ _____ Tem tido alguma dificuldade? ( )Sim ( )Não Especificar _____ Encontrou alguma forma melhor? ( )Sim ( )Não Especificar _____
	( )Seguimento inadequado de instruções	Foi orientada durante o Pré-Natal ou alta hospitalar quanto a amamentação? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____ Como é produzido o leite materno? Quais são os fatores que interferem nessa produção? Composição do leite materno _____ Quanto tempo deve durar cada mamada? Quantas vezes por dia a criança deve ser amamentado? Qual é o intervalo que deve ser dado entre as mamadas? Qual é a posição adequada para a criança ser amamentada? Usa algum complemento na alimentação da criança (ex. chá, água, leite industrializado, ou animal)? ( ) Sim _____ ( ) Não Faz uso de mamadeira? ( ) Sim ( ) Não Como deve ser a alimentação da criança nos primeiros seis meses de vida? Faz uso de chupeta? ( ) Sim ( ) Não _____
	( ) <i>fator cultural</i>	Puerperal segue alguma orientação de mãe, ou sogra, ou cunhada, ou vizinha, ou amiga, ou marido por se tratar de hábito ou costume cultural? ( )Sim ( )Não Especificar _____ _____

<b>Fatores Relacionados</b>	<b>23.c - ( ) cuidados com a criança</b>	Realiza curativo do coto umbilical? ( )Sim ( )Não Se sim, usa qual (is) produto(s) _____ Como é higienizada a região genital da criança durante as trocas de fraldas? _____ Acha necessário usar faixa abdominal na criança? ( )Sim ( )Não
	( )Falta de exposição	Recebeu algum tipo de orientação sobre cuidados com a criança? Por quem? ( ) Profissional de saúde _____ ( ) família _____ ( ) amiga _____ ( ) outro _____ Qual orientação? _____ _____ Como é realizado curativo do coto umbilical e quais produtos? _____ Como é realizado higienização: do ouvido? _____ do nariz? _____

		da cavidade oral? _____ da região perianal, genital? _____ Como deve ser o banho da criança e qual o horário? _____ _____ Acha necessário uso de faixa abdominal na criança? ( ) Não ( ) Sim Fez uso? ( ) Não ( ) Sim _____ Expressa em alguma fala durante entrevista? ( ) Não ( ) Sim _____ _____ Realizou vacinas? ( ) Não ( ) Sim Quais: _____ Alguma atrasada? _____
<b>Fatores Relacionados</b>	( ) Falta de capacidade de recordar	Como está sua memória? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero: Dificuldade em entender orientações dadas durante a entrevista? ( ) Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) Não _____
	( ) Interpretação errônea de informação	
	( ) Limitação cognitiva	Nível de instrução: ( ) analfabeta ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto ( ) ensino superior completo Profissão/ocupação:..... Tem pensamentos repetitivos? Sobre o quê? _____ Como está sua memória? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero: Dificuldade em entender orientações dadas durante a entrevista? ( ) Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) Não _____
	( ) Falta de interesse em aprender	Além do pré-natal ou orientações dadas na alta hospitalar buscou obter conhecimento sobre cuidados com a criança? ( ) Sim ( ) Não _____ Gostaria de aprender sobre isto? ( ) Sim ( ) Não _____ _____
	( ) Falta de familiaridade com os recursos de informação	Busca informação por qual meio de comunicação? ( ) Assiste TV ( ) Acesso a internet ( ) Ouve rádio ( ) Lê jornal ( ) Nenhum ( ) outro _____
<b>Características Definidoras</b>	( ) Verbalização do problema	Durante entrevista puerpéra verbalizou desconhecimento sobre cuidados com a criança? Qual _____ _____
	( ) Comportamentos exagerados	Tem alguma preocupação em especial sobre cuidados com a criança? O que tem feito em relação a isto? _____ _____ Tem tido alguma dificuldade? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____ Encontrou alguma forma melhor? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____
	( ) Comportamentos impróprios (ex. hostil, agitado, apático)	Tem alguma preocupação em especial sobre cuidados com a criança? O que tem feito em relação a isto? _____ _____ Tem tido alguma dificuldade? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____ Encontrou alguma forma melhor? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____

Continua

Características Definições	( ) Seguimento inadequado de instruções	<p>Recebeu algum tipo de orientação sobre cuidados com a criança? Por quem? ( ) Profissional de saúde _____ ( ) família _____ ( ) amiga _____ ( ) outro _____ Qual orientação? _____ Como é realizado curativo do coto umbilical e quais produtos? _____</p> <p>Como é realizado higienização: do ouvido? _____ do nariz? _____ da cavidade oral? _____ da região perianal, genital? _____ Como deve ser o banho da criança e qual o horário? _____</p> <p>Acha necessário uso de faixa abdominal na criança? ( ) Não ( ) Sim Fez uso? ( ) Não ( ) Sim _____ Expressa em alguma fala durante entrevista? ( ) Não ( ) Sim _____</p> <p>Realizou vacinas? ( ) Não ( ) Sim Quais: _____ Alguma atrasada? _____</p>
	( ) <i>fator cultural</i>	<p>Recebeu algum tipo de orientação sobre cuidados com a criança? Por quem? ( ) Profissional de saúde _____ ( ) família _____ ( ) amiga _____ ( ) outro _____ Qual orientação? _____</p> <p>Puérpera segue alguma orientação de mãe, ou sogra, ou cunhada, ou vizinha, ou amiga, ou marido por se tratar de hábito ou costume cultural? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____</p>

Fatores Relacionados	<b>23.d – ( ) cuidado com as mamas</b>	<p>Quantas vezes ao dia é higienizada a região areolar? Qual produto? Acha necessário expor os mamilos ao sol? ( ) Sim _____ ( ) Não _____</p>
	( ) Falta de exposição	<p>Foi orientada durante o Pré-Natal quanto aos cuidados com a mama? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____</p> <p>Foi orientada durante o Pré-Natal quanto a exposição das mamas ao sol? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____</p> <p>A mama foi examinada? ( ) Não ( ) Sim _____ Sabe como retirar o seu próprio leite? ( ) Não ( ) Sim _____ Qual a melhor forma de ordenhar, manual ou “bombinha”? Comente _____</p>
	( ) Falta de capacidade de recordar	<p>Como está sua memória? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero: Dificuldade em entender orientações dadas durante a entrevista? ( ) Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) Não _____</p>
	( ) Interpretação errônea de informação	
	( ) Limitação cognitiva	<p>Nível de instrução: ( ) analfabeta ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto ( ) ensino superior completo Profissão/ocupação:..... Tem pensamentos repetitivos? Sobre o quê? _____ Como está sua memória? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero: Dificuldade em entender orientações dadas durante a entrevista?</p>

<b>Fatores Relacionados</b>		( )Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( )Não _____
	( )Falta de interesse em aprender	Além do pré-natal ou orientações dadas na alta hospitalar buscou obter conhecimento sobre cuidados com as mamas? ( )Sim ( )Não _____ Gostaria de aprender sobre isto? ( )Sim ( )Não _____
	( )Falta de familiaridade com os recursos de informação	Busca informação por qual meio de comunicação? ( )Assiste TV ( )Acesso a internet ( )Ouve rádio ( )Lê jornal ( ) Nenhum ( )outro _____
<b>Características Definidoras</b>	( )Verbalização do problema	Durante entrevista puerpéra verbalizou desconhecimento sobre cuidados com as mamas? Qual _____ _____
	( )Comportamentos exagerados	Tem alguma preocupação em especial sobre cuidados com as mamas? O que tem feito em relação a isto? _____ _____ Tem tido alguma dificuldade? ( )Sim ( )Não Especificar _____ Encontrou alguma forma melhor? ( )Sim ( )Não Especificar _____
	( )Comportamentos impróprios (ex. hostil, agitado, apático)	Tem alguma preocupação em especial sobre cuidados com as mamas? O que tem feito em relação a isto? _____ _____ Tem tido alguma dificuldade? ( )Sim ( )Não Especificar _____ Encontrou alguma forma melhor? ( )Sim ( )Não Especificar _____
	( )Seguimento inadequado de instruções	Foi orientada durante o Pré-Natal quanto aos cuidados com a mama? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____ _____ Foi orientada durante o Pré-Natal quanto a exposição das mamas ao sol? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____ _____ A mama foi examinada? ( ) Não ( ) Sim _____ Quantas vezes ao dia é higienizada a região areolar? Qual produto? Apresenta conhecimento para ordenha? Acha necessário expor os mamilos ao sol? Sim _____ ( )Não
	( ) <i>fator cultural</i>	Puerpéra segue alguma orientação de mãe, ou sogra, ou cunhada, ou vizinha, ou amiga, ou marido por se tratar de hábito ou costume cultural? ( )Sim ( )Não Especificar _____ _____

	<b>23.e – ( ) alimentação materna</b>	<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Fatores Relacionados</b>	( )Falta de exposição	Alguns profissionais de saúde a orientou quanto a alimentação no pós-parto? ( )Não ( )Sim Quais informações? _____ Tem feito alguma restrição alimentar devido o puerpério? _____ _____ Segue alguma dieta para pós-parto? Qual e como? _____ _____ - Come mais por conselhos ou influência de outras pessoas como a mãe, avó, sogra, vizinha? ( )Não ( )Sim _____ Tem feito alguma restrição alimentar devido o puerpério? _____ _____ Segue alguma dieta para pós-parto? Qual e como? _____ _____

<b>Fatores Relacionados</b>		Como você considera que deve ser uma alimentação saudável para mulheres após o parto? _____ _____
	( ) Falta de capacidade de recordar	Como está sua memória? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero: Dificuldade em entender orientações dadas durante a entrevista? ( ) Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) Não _____
	( ) Interpretação errônea de informação	
	( ) Limitação cognitiva	Nível de instrução: ( ) analfabeta ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto ( ) ensino superior completo Profissão/ocupação:..... Tem pensamentos repetitivos? Sobre o quê? _____ Como está sua memória? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero: Dificuldade em entender orientações dadas durante a entrevista? ( ) Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) Não _____
	( ) Falta de interesse em aprender	Além do pré-natal ou orientações dadas na alta hospitalar buscou obter conhecimento sobre alimentação materna? ( ) Sim ( ) Não _____ Gostaria de aprender sobre isto? ( ) Sim ( ) Não _____ _____
	( ) Falta de familiaridade com os recursos de informação	Busca informação por qual meio de comunicação? ( ) Assiste TV ( ) Acesso a internet ( ) Ouve rádio ( ) Lê jornal ( ) Nenhum ( ) outro _____
<b>Características Definidoras</b>	( ) Verbalização do problema	Durante entrevista puerpélica verbalizou desconhecimento sobre alimentação materna? Qual _____ _____
	( ) Comportamentos exagerados	Tem alguma preocupação em especial sobre alimentação materna? O que tem feito em relação a isto? _____ _____ Tem tido alguma dificuldade? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____ Encontrou alguma forma melhor? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____
	( ) Comportamentos impróprios (ex. hostil, agitado, apático)	Tem alguma preocupação em especial sobre alimentação materna? O que tem feito em relação a isto? _____ _____ Tem tido alguma dificuldade? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____ Encontrou alguma forma melhor? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____
	( ) Seguimento inadequado de instruções	Algum profissional de saúde a orientou quanto a alimentação no pós-parto? ( ) Não ( ) Sim Quais informações? _____ Tem feito alguma restrição alimentar devido o puerpério? _____ _____
		Segue alguma dieta para pós-parto? Qual e como? _____ _____ - Come mais por conselhos ou influência de outras pessoas como a mãe, avó, sogra, vizinha? ( ) Não ( ) Sim _____ Tem feito alguma restrição alimentar devido o puerpério? _____ _____

Continua

<b>Características Definidoras</b>		Segue alguma dieta para pós-parto? Qual e como? _____ Como você considera que deve ser uma alimentação saudável para mulheres após o parto? _____ _____
	( ) <i>fator cultural</i>	Puérpera segue alguma orientação de mãe, ou sogra, ou cunhada, ou vizinha, ou amiga, ou marido por se tratar de hábito ou costume cultural? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____

<b>Fatores Relacionados</b>	<b>23.f -</b> ( ) Cuidados com incisão cirúrgica abdominal ou ( ) perineal ou ( ) laceração	<b>Parâmetros de Avaliação</b>
	( ) Falta de exposição	Foi orientada após o parto quanto aos cuidados com a episiotomia ou laceração vaginal? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____ Como é realizada a higienização da episiotomia ou laceração vaginal, quais produtos utiliza? _____ Foi orientada após o parto quanto aos cuidados com incisão cirúrgica abdominal? Quais produtos? _____
	( ) Falta de capacidade de recordar	Como está sua memória? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero: Dificuldade em entender orientações dadas durante a entrevista? ( ) Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) Não
	( ) Interpretação errônea de informação	
	( ) Limitação cognitiva	Nível de instrução: ( ) analfabeta ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto ( ) ensino superior completo Profissão/ocupação:..... Tem pensamentos repetitivos? Sobre o quê? _____ Como está sua memória? Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero: Dificuldade em entender orientações dadas durante a entrevista? ( ) Sim ( ) frequentemente ( ) às vezes ( ) raramente ( ) Não
	( ) Falta de interesse em aprender	Além do pré-natal ou orientações dadas na alta hospitalar buscou obter conhecimento sobre cuidados com incisão cirúrgica abdominal ou perineal ou laceração? ( ) Sim ( ) Não _____ Gostaria de aprender sobre isto? ( ) Sim ( ) Não _____
	( ) Falta de familiaridade com os recursos de informação	Busca informação por qual meio de comunicação? ( ) Assiste TV ( ) Acesso a internet ( ) Ouve rádio ( ) Lê jornal ( ) Nenhum ( ) outro _____

Continua

<b>Características Definidoras</b>	( ) Verbalização do problema	Durante entrevista puérpera verbalizou desconhecimento cuidados com incisão cirúrgica abdominal ou perineal ou laceração? Qual _____
	( ) Comportamentos exagerados	Tem alguma preocupação em especial sobre cuidados com incisão cirúrgica abdominal ou perineal ou laceração? O que tem feito em relação a isto? _____ _____ Tem tido alguma dificuldade? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____ Encontrou alguma forma melhor? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____
	( ) Comportamentos impróprios (ex. hostil, agitado, apático)	Tem alguma preocupação em especial sobre cuidados com incisão cirúrgica abdominal ou perineal ou laceração? O que tem feito em relação a isto? _____ _____ Tem tido alguma dificuldade? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____ Encontrou alguma forma melhor? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____
	( ) Seguimento inadequado de instruções	Foi orientada após o parto quanto aos cuidados com a episiotomia ou laceração vaginal? ( ) Não ( ) Sim (quais) _____ _____ Como é realizada a higienização da episiotomia ou laceração vaginal, quais produtos utiliza? _____ _____ Foi orientada após o parto quanto aos cuidados com incisão cirúrgica abdominal? Quais produtos? _____ Tem alguma preocupação em especial sobre cuidados com incisão cirúrgica abdominal ou perineal ou laceração? O que tem feito em relação a isto? _____ _____ Tem tido alguma dificuldade? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____ Encontrou alguma forma melhor? ( ) Sim ( ) Não Especificar _____
	( ) <i>fator cultural</i>	Puérpera segue alguma orientação de mãe, ou sogra, ou cunhada, ou vizinha, ou amiga, ou marido por se tratar de hábito ou costume cultural? ( ) Não ( ) Sim Especificar _____

<b>24 - ( ) Processos familiares interrompidos</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Fatores Relacionados</b>	( ) Alteração do estado de saúde de um membro da família	Alguma pessoa na família está com problema de saúde? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Crises situacionais	Existe algum problema ou situação atual que interfere no relacionamento familiar? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Troca de papéis na família	Houve alguma mudança nas atribuições, ou responsabilidades, ou tarefas designadas dos membros da família? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Transição situacional	A família está enfrentando situações que levam a mudança na relação/adaptação entre os seus membros? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Modificação do <i>status</i> social da família	Houve alguma mudança no grau de respeito, ou prestígio/ importância atribuída a sua família pelos demais (vizinhos, parentes, amigos)? ( ) Não ( ) Sim _____

Características Definidoras	FR	( ) Modificação nas finanças da família	Houve mudança nas condições financeiras da família? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Mudança nas tarefas designadas	Quais as tarefas que estão sob a responsabilidade dos outros membros da família? _____	Houve alguma mudança nas atribuições, ou responsabilidades, ou tarefas designadas dos membros da família? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Mudança na efetividade para completar as tarefas designadas	É capaz de fazer as coisas com a mesma agilidade e precisão de sempre? ( ) Sim ( ) Não _____	Os componentes da família são capazes de completar as tarefas designadas a cada um deles com a mesma agilidade ou precisão de sempre? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Mudança no apoio mútuo	Quem ajuda nos cuidados com a criança ou com afazeres domésticos? ( ) ninguém ( ) mãe ( ) irmã ( ) companheiro ( ) amiga/vizinha ( ) outros (especificar) _____ Tipo de ajuda _____	A forma como atualmente os membros da família se ajudam representam uma modificação de padrões anteriores? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Mudança na disponibilidade para resposta afetiva	( ) Necessita de ajuda adicional _____	No ambiente doméstico quais são as tarefas que estão sob sua responsabilidade? _____
	( ) Mudança na disponibilidade para apoio emocional	Elas afetam sua relação com a criança? ( ) Não ( ) Sim Como? _____	De um modo geral como é a expressão de afeto entre os membros da família? _____
	( ) Mudança em padrões	Depois do nascimento da criança houve algum tipo de mudança na disponibilidade das pessoas expressarem seu afeto umas com as outras? ( ) Não ( ) Sim _____	Depois do nascimento da criança houve algum tipo de mudança na disponibilidade das pessoas expressarem apoio emocional umas para com as outras? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Mudança em rituais	*Considera-se que esta característica definidora está incluída nas demais, representando assim, redundância.	De modo geral existem rituais seguidos pela família? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Mudança na intimidade	Com quais pessoas da sua família apresenta maior intimidade? _____	Depois do nascimento da criança houve algum tipo de mudança na intimidade com estas outras? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Mudança na participação na tomada de decisões	Em caso de apresentar parceiro/marido: Com relação a expressão de afeto ou atividades sexuais, considera apresentar que grau de intimidade com seu marido/parceiro? ( ) muita intimidade ( ) moderada intimidade ( ) pouca intimidade ( ) nenhuma intimidade	Depois do nascimento da criança houve algum tipo de mudança na intimidade com ele? ( ) Não ( ) Sim _____
		Está com algum conflito com seu marido ou companheiro ou algum membro da família? _____	Família participa na tomada de decisão na solução de problemas relativos a: ( ) criança ( ) amamentação ( ) Não ( ) outros _____

( ) Mudança na participação resolução de problemas	Família participa na tomada de decisão na solução de problemas relativos a: ( ) criança ( ) amamentação ( ) Não ( ) outros _____
( ) Mudança na satisfação com a família	Está satisfeita com o funcionamento da família? ( ) Sim ( ) Não Comente: _____ Mudaria alguma coisa no funcionamento da família? _____ _____
( ) Mudança nos padrões de comunicação	Os membros da família costumam conversar sobre assuntos de interesse comum? ( ) Não ( ) Sim _____ Com que frequência? ( ) muito frequentemente ( ) às vezes ( ) pouco Depois do nascimento da criança houve algum tipo de mudança na disponibilidade das pessoas para conversarem umas com as outras? ( ) Não ( ) Sim _____
( ) Mudança nos comportamentos de redução de estresse	De modo geral como as pessoas de sua família agem para aliviar o estresse? _____ Depois do nascimento da criança houve algum tipo de mudança na forma de como as pessoas agem para aliviar o estresse? ( ) Não ( ) Sim _____
( ) Mudança em expressões de conflito entre a família	Como a família costuma expressar-se em situações de conflito entre seus membros? _____ Depois do nascimento da criança houve algum tipo de mudança na maneira da família se expressar em situações de conflito entre seus membros? ( ) Não ( ) Sim _____

<b>25 – Disposição para processos familiares melhorados</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Características Definidoras</b>	( ) A família adapta-se a mudança	A família vive algum tipo de sofrimento físico e/ou espiritual causado pelo nascimento da criança? ( ) Sim _____ ( ) Não _____ Como a família se organizou após a chegada da criança? _____ _____
	( ) As tarefas da família são cumpridas	Quem ajuda nos cuidados com a criança ou com afazeres domésticos? ( ) ninguém ( ) mãe ( ) irmã ( ) companheiro ( ) amiga/vizinha ( ) outros (especificar) _____ Tipo de ajuda _____ ( ) Necessita de ajuda adicional _____
	( ) Atividades que apóiam a segurança dos membros da família	No ambiente doméstico quais são as tarefas que estão sob sua responsabilidade? _____ Quais as tarefas que estão sob a responsabilidade dos outros membros da família? _____ Houve alguma mudança nas atribuições, ou responsabilidades, ou tarefas designadas dos membros da família? ( ) Não ( ) Sim _____ É capaz de fazer as coisas com a mesma agilidade e precisão de sempre? ( ) Não ( ) Sim _____ Os componentes da família são capazes de completar as tarefas designadas a cada um deles com a mesma agilidade ou precisão de sempre? ( ) Não ( ) Sim _____
( ) Atividades que apóiam a segurança dos membros da família	De um modo geral como ocorre o apoio emocional dos membros de sua família? _____ Depois do nascimento da criança houve algum tipo de mudança na disponibilidade das pessoas expressarem apoio emocional umas para com as outras? ( ) Não ( ) Sim _____	

<b>Características Definidoras</b>		Quais são as situações a que sua família está exposta que poderiam representar uma ameaça a segurança de cada um de seus membros? _____ O que a família faz para diminuir o risco nestas situações? _____
	( ) Comunicação adequada	Os membros da família costumam conversar sobre assuntos de interesse comum? ( ) Não ( ) Sim _____ Com que frequência? ( ) muito frequentemente ( ) às vezes ( ) pouco Depois do nascimento da criança houve algum tipo de mudança na disponibilidade das pessoas para conversarem umas com as outras? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Expressa desejo de melhorar a dinâmica familiar	Está satisfeita com o funcionamento da família? ( ) Sim ( ) Não Comente: _____ Mudaria alguma coisa no funcionamento da família? _____ _____ Como está o relacionamento familiar com o nascimento da criança? _____
	( ) O funcionamento familiar satisfaz às necessidades dos membros da família	Está satisfeita com o funcionamento da família? ( ) Sim ( ) Não Comente: _____ Mudaria alguma coisa no funcionamento da família? _____ _____ Como está o relacionamento familiar com o nascimento da criança? _____
	( ) O respeito pelos membros da família é evidente	Existe respeito mútuo entre os membros da sua família? ( ) Sim ( ) Não _____ Como este respeito é expresso? _____
	( ) Os papéis dos membros da família são adequados aos estágios de desenvolvimento	Quem ajuda nos cuidados com a criança ou com afazeres domésticos? ( ) ninguém ( ) mãe ( ) irmã ( ) companheiro ( ) amiga/vizinha ( ) outros (especificar) _____ Tipo de ajuda _____ ( ) Necessita de ajuda adicional _____

<b>26 –</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>( ) Constipação</b>		
<b>Fatores Relacionados</b>	( ) <b>Funcionais:</b> ( ) Fraqueza dos músculos abdominais	Puérpera apresenta à palpação abdômen: ( ) normotenso ( ) tenso ( ) flácido ( ) outros
	( ) Hábitos de evacuação irregulares	Qual a frequência de evacuações? ___/___ dias Há horários ou períodos no dia que a eliminação intestinal costuma ocorrer? ( ) manhã ( ) tarde ( ) noite ( ) não
	( ) Higiene íntima inadequada	Possui local reservado para fazer suas eliminações intestinais? ( ) Sim ( ) Não _____ Como costuma realizar higienização íntima após as evacuações? ( ) apenas papel higiênico ( ) papel higiênico, água e sabão ( ) outros _____
	( ) Ignorância habitual da urgência de evacuar	Quando sente vontade de evacuar, costuma ir prontamente ao banheiro? ( ) Sim ( ) Não _____
	( ) Mudanças recentes de ambiente	Local da avaliação: ( ) domicílio da puérpera ( ) domicílio da mãe da puérpera. Tempo de permanência da puérpera no local? _____ ( ) outro _____ Tempo de permanência da puérpera no local? _____
	( ) Negação habitual	Presta atenção aos seus hábitos intestinais? ( ) Sim ( ) Não _____

Continua

<b>Fatores Relacionados</b>	<input type="checkbox"/> <b>Psicológicos:</b> <input type="checkbox"/> Depressão	Mãe apresenta-se com irritabilidade ( ) Choro frequente ( ) Sentimento de desamparo ( ) Falta de energia ou motivação ( ) Sensação de incapacidade de lidar com novas situações ( ) Pensou em interromper a gravidez ( ) Insônia ( ) Dorme quantas horas ___/dia Fale sobre seu sono: _____ Seu sono é restaurador? ( ) Sim ( ) Não Disforia ( ) Ansiedade ( ) Dificuldade em concentrar-se ( ) Labilidade afetiva ( )
	<input type="checkbox"/> Tensão emocional	Sente-se sobrecarregada com as atividades de cuidados com a criança? ( ) Não ( ) Sim Comente: _____ Sente alguma dificuldade de desempenhar o papel de mãe? ( ) Não ( ) Sim Como se sente em relação a isso? _____  Considera que está sob algum tipo de tensão, ou pressão ou estresse (ex. financeiro, legal, crise recente, mudança cultural)? ( ) Não ( ) Sim Qual? _____
	<input type="checkbox"/> Confusão mental	Puérpera relata ou apresenta confusão mental? ( ) Não ( ) Sim  Apresenta alucinações durante a entrevista? ( ) Não ( ) Sim  Fez uso de alguma substância química? ( ) Não ( ) Sim Faz uso de alguma substância química? ( ) Não ( ) Sim ( ) cigarro, quantidade ao dia ___ Por quanto tempo? _____ ( ) cocaína, quantidade ao dia ___ Por quanto tempo? _____ ( ) maconha, quantidade ao dia ___ Por quanto tempo? _____ ( ) álcool, quantidade ao dia ___ Por quanto tempo? _____ ( ) outros _____
	<input type="checkbox"/> <b>Farmacológicos</b> <input type="checkbox"/> Agentes anti-inflamatórios não esteróides <input type="checkbox"/> Agentes antilipêmicos <input type="checkbox"/> Antiácido contendo alumínio <input type="checkbox"/> Anticolinérgico <input type="checkbox"/> Anticonvulsivante <input type="checkbox"/> Antidepressivo <input type="checkbox"/> Bloqueadores do canal de cálcio <input type="checkbox"/> Carbonato de cálcio <input type="checkbox"/> Diurético <input type="checkbox"/> Doses excessivas de laxantes <input type="checkbox"/> Fenotiazinas <input type="checkbox"/> Opiáceos <input type="checkbox"/> Sais de bismuto <input type="checkbox"/> Sais de ferro <input type="checkbox"/> Sedativos <input type="checkbox"/> Simpaticomiméticos	Faz uso de algum farmacológico que provoca constipação? Entre eles: <input type="checkbox"/> Agentes anti-inflamatórios não esteróides  <input type="checkbox"/> Agentes antilipêmicos  <input type="checkbox"/> Antiácido contendo alumínio  <input type="checkbox"/> Anticolinérgico <input type="checkbox"/> Anticonvulsivante <input type="checkbox"/> Antidepressivo <input type="checkbox"/> Bloqueadores do canal de cálcio  <input type="checkbox"/> Carbonato de cálcio  <input type="checkbox"/> Diurético <input type="checkbox"/> Doses excessivas de laxantes  <input type="checkbox"/> Fenotiazinas <input type="checkbox"/> Opiáceos <input type="checkbox"/> Sais de bismuto <input type="checkbox"/> Sais de ferro <input type="checkbox"/> Sedativos <input type="checkbox"/> Simpaticomiméticos Especificar: _____
	<input type="checkbox"/> <b>Mecânicos:</b> <input type="checkbox"/> Tumores	Puérpera apresenta ou relata presença de tumor intestinal? ( ) Não ( ) Sim _____

Continua

Fatores Relacionados	<input type="checkbox"/> Desequilíbrio eletrolítico	Puérpera apresenta ou relata vômitos frequentes? Desde quando? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____
	<input type="checkbox"/> Retocele	Puérpera apresenta presença de retocele? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____
	<input type="checkbox"/> Obstrução pós-operatória	Puérpera apresenta obstrução pós-operatória? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____
	<input type="checkbox"/> Hemorróidas	Puérpera apresenta hemorróidas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____
	<input type="checkbox"/> Obesidade	IMC= peso/ h <sup>2</sup> IMC= _____
	<input type="checkbox"/> <b>Fisiológicos</b> <input type="checkbox"/> Hábitos alimentares deficientes <input type="checkbox"/> Mudança nos padrões habituais de alimentação <input type="checkbox"/> Ingestão insuficiente de líquidos	Nº de refeições diárias ____ Alimentação usual no: Café da manhã: _____ Intervalo: _____ Almoço: _____ Lanche: _____ Jantar: _____ Lanche da noite: _____ Outros _____ Qual a frequência de frituras nas refeições/semana? _____ Qual o peso anterior a gestação? _____ kg Ganhou quantos kg nesta gestação? _____ <input type="checkbox"/> Houve mudança nas refeições após o parto? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais? Tem feito alguma restrição alimentar devido o puerpério? _____ Segue alguma dieta para pós-parto? Qual e como? IMC= peso/ h <sup>2</sup> IMC= _____ Ingestão de líquidos ____ l/dia ou ____ copos de 200 ml/dia
	<input type="checkbox"/> Motilidade diminuída do trato gastrointestinal	Ruídos intestinais: ____/min
	<input type="checkbox"/> Dentição inadequada	Cavidade oral: <input type="checkbox"/> dentes preservados <input type="checkbox"/> ausência parcial de dentes <input type="checkbox"/> ausência total de dentes
	<input type="checkbox"/> Higiene oral inadequada	Higienização oral: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> inadequada
	<input type="checkbox"/> Desidratação	Puérpera apresenta mucosa (oral, ocular): <input type="checkbox"/> hidratada <input type="checkbox"/> desidratada Puérpera apresenta pele com turgor e elasticidade: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diminuído: prega volta > 3 segundos Frequência eliminações vesicais ____/dia Ingestão de líquidos ____ ml/ por dia PA ____ x ____ mmHg P ____ x ____ mmHg
Características Definidoras		Palpação abdominal? _____
	<input type="checkbox"/> Abdome distendido	Puérpera apresenta ou refere: <input type="checkbox"/> Abdome distendido
	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Cefaléia
	<input type="checkbox"/> Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Dor abdominal
	<input type="checkbox"/> Dor à evacuação	<input type="checkbox"/> Dor à evacuação
	<input type="checkbox"/> Esforço para evacuar	<input type="checkbox"/> Esforço para evacuar
	<input type="checkbox"/> Fadiga generalizada	<input type="checkbox"/> Fadiga generalizada
	<input type="checkbox"/> Fezes duras e secas	<input type="checkbox"/> Fezes duras e secas
	<input type="checkbox"/> Flatulência grave	<input type="checkbox"/> Flatulência grave
	<input type="checkbox"/> Frequência diminuída	<input type="checkbox"/> Frequência diminuída ____/____ dias

<b>Características Definiadoras</b>	<input type="checkbox"/> Incapacidade de eliminar as fezes	<input type="checkbox"/> Incapacidade de eliminar as fezes
	<input type="checkbox"/> Indigestão	<input type="checkbox"/> Indigestão
	<input type="checkbox"/> Ingestão insuficiente de fibras	<input type="checkbox"/> Ingestão insuficiente de fibras
	<input type="checkbox"/> Macicez à percussão abdominal	<input type="checkbox"/> Macicez à percussão abdominal
	<input type="checkbox"/> Massa retal palpável	<input type="checkbox"/> Massa retal palpável
	<input type="checkbox"/> Massa abdominal palpável	<input type="checkbox"/> Massa abdominal palpável
	<input type="checkbox"/> Mudança no padrão intestinal	<input type="checkbox"/> Mudança no padrão intestinal
	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Náusea
	<input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Vômito
	<input type="checkbox"/> Pressão abdominal aumentada	<input type="checkbox"/> Pressão abdominal aumentada
	<input type="checkbox"/> Sangue vivo nas fezes	<input type="checkbox"/> Sangue vivo nas fezes
	<input type="checkbox"/> Sensação de pressão ou preenchimento retal	<input type="checkbox"/> Sensação de pressão ou preenchimento retal
	<input type="checkbox"/> Ruídos intestinais hipoativos ou hiperativos	<input type="checkbox"/> Ruídos intestinais hipoativos ou hiperativos RHA: ___/min
	<input type="checkbox"/> Volume de fezes diminuídas	<input type="checkbox"/> Volume de fezes diminuídas

<b>27 –</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b><input type="checkbox"/> Risco de constipação</b>		
<b>Fatores de Risco</b>	<input type="checkbox"/> <b>Funcionais:</b> <input type="checkbox"/> Fraqueza dos músculos abdominais	Puérpera apresenta à palpação abdômen: <input type="checkbox"/> normotenso <input type="checkbox"/> tenso <input type="checkbox"/> flácido <input type="checkbox"/> outros
	<input type="checkbox"/> Hábitos de evacuação irregulares	Qual a frequência de evacuações? ___/___ dias Há horários ou períodos no dia que a eliminação intestinal costuma ocorrer? ( <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noite <input type="checkbox"/> não
	<input type="checkbox"/> Higiene íntima inadequada	Possui local reservado para fazer suas eliminações intestinais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____ Como costuma realizar higienização íntima após as evacuações? <input type="checkbox"/> apenas papel higiênico <input type="checkbox"/> papel higiênico, água e sabão <input type="checkbox"/> outros _____
	<input type="checkbox"/> Ignorância habitual da urgência de evacuar	Quando sente vontade de evacuar, costuma ir prontamente ao banheiro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____
	<input type="checkbox"/> Mudanças recentes de ambiente	Local da avaliação: <input type="checkbox"/> domicílio da puérpera <input type="checkbox"/> domicílio da mãe da puérpera. Tempo de permanência da puérpera no local? _____ <input type="checkbox"/> outro _____ Tempo de permanência da puérpera no local? _____
	<input type="checkbox"/> Negação habitual	Presta atenção aos seus hábitos intestinais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____
	<input type="checkbox"/> <b>Psicológicos:</b> <input type="checkbox"/> Depressão	Mãe apresenta-se com irritabilidade ( <input type="checkbox"/> ) Choro frequente ( <input type="checkbox"/> ) Sentimento de desamparo ( <input type="checkbox"/> ) Falta de energia ou motivação ( <input type="checkbox"/> ) Sensação de incapacidade de lidar com novas situações ( <input type="checkbox"/> )

<b>Fatores de Risco</b>		Pensou em interromper a gravidez ( ) Insônia ( ) Dorme quantas horas ___/dia Fale sobre seu sono: _____ Seu sono é restaurador? ( )Sim ( )Não Disforia ( ) Ansiedade ( ) Dificuldade em concentrar-se ( ) Labilidade afetiva ( )
	( )Tensão emocional	Sente-se sobrecarregada com as atividades de cuidados com a criança? ( ) Não ( ) Sim Comente: _____ Sente alguma dificuldade de desempenhar o papel de mãe? ( ) Não ( ) Sim Como se sente em relação a isso? _____ Considera que está sob algum tipo de tensão, ou pressão ou estresse (ex. financeiro, legal, crise recente, mudança cultural)? ( ) Não ( ) Sim Qual? _____
	( )Confusão mental	Puérpera relata ou apresenta confusão mental? ( ) Não ( ) Sim _____ Apresenta alucinações durante a entrevista? ( ) Não ( ) Sim _____ Fez uso de alguma substância química? ( ) Não ( ) Sim Faz uso de alguma substância química? ( ) Não ( ) Sim ( ) cigarro, quantidade ao dia ___ Por quanto tempo? _____ ( ) cocaína, quantidade ao dia ___ Por quanto tempo? _____ ( ) maconha, quantidade ao dia ___ Por quanto tempo? _____ ( ) álcool, quantidade ao dia ___ Por quanto tempo? _____ ( ) outros _____
	( ) <b>Farmacológicos</b> ( ) Agentes anti-inflamatórios não esteróides ( ) Agentes antilipêmicos ( ) Antiácido contendo alumínio ( ) Anticolinérgico ( ) Anticonvulsivante ( ) Antidepressivo ( ) Bloqueadores do canal de cálcio ( ) Carbonato de cálcio ( ) Diurético ( ) Doses excessivas de laxantes ( ) Fenotiazinas ( ) Opiáceos ( ) Sais de bismuto ( ) Sais de ferro ( ) Sedativos ( ) Simpaticomiméticos	Faz uso de algum farmacológico que provoca constipação? Entre eles: ( ) Agentes anti-inflamatórios não esteróides  ( ) Agentes antilipêmicos  ( ) Antiácido contendo alumínio  ( ) Anticolinérgico ( ) Anticonvulsivante ( ) Antidepressivo ( ) Bloqueadores do canal de cálcio  ( ) Carbonato de cálcio  ( ) Diurético ( ) Doses excessivas de laxantes  ( ) Fenotiazinas ( ) Opiáceos ( ) Sais de bismuto ( ) Sais de ferro ( ) Sedativos ( ) Simpaticomiméticos Especificar: _____
	( ) <b>Mecânicos:</b> ( ) Tumores	Puérpera apresenta ou relata presença de tumor intestinal? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Desequilíbrio eletrolítico	Puérpera apresenta ou relata vômitos frequentes? Desde quando? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Retocele	Puérpera apresenta presença de retocele? ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Obstrução pós-operatória	Puérpera apresenta obstrução pós-operatória? ( ) Não ( ) Sim _____

<b>Fatores de Risco</b>	<input type="checkbox"/> Hemorróidas	Puérpera apresenta hemorróidas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____
	<input type="checkbox"/> Obesidade	IMC= peso/ h <sup>2</sup> IMC= _____
	<input type="checkbox"/> <b>Fisiológicos</b> <input type="checkbox"/> Hábitos alimentares deficientes <input type="checkbox"/> Mudança nos padrões habituais de alimentação <input type="checkbox"/> Ingestão insuficiente de líquidos	Nº de refeições diárias ____ Alimentação usual no: Café da manhã: _____ Intervalo: _____ Almoço: _____ Lanche: _____ Jantar: _____ Lanche da noite: _____ Outros _____ Qual a frequência de frituras nas refeições/semana? _____ Qual o peso anterior a gestação? _____ kg Ganhou quantos kg nesta gestação? _____ <input type="checkbox"/> Houve mudança nas refeições após o parto? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais? Tem feito alguma restrição alimentar devido o puerpério? _____ Segue alguma dieta para pós-parto? Qual e como? IMC= peso/ h <sup>2</sup> IMC= _____ Ingestão de líquidos ____ l/dia ou ____ copos de 200 ml/dia
	<input type="checkbox"/> Motilidade diminuída do trato gastrointestinal	Ruídos intestinais: ____/min
	<input type="checkbox"/> Dentição inadequada	Cavidade oral: <input type="checkbox"/> dentes preservados <input type="checkbox"/> ausência parcial de dentes <input type="checkbox"/> ausência total de dentes
	<input type="checkbox"/> Higiene oral inadequada	Higienização oral: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> inadequada
	<input type="checkbox"/> Desidratação	Puérpera apresenta mucosa (oral, ocular): <input type="checkbox"/> hidratada <input type="checkbox"/> desidratada Puérpera apresenta pele com turgor e elasticidade: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diminuído: prega volta > 3 segundos Frequência eliminações vesicais ____/dia Ingestão de líquidos ____ ml/ por dia PA ____ x ____ mmHg P ____ x ____ mmHg

<b>28 - <input type="checkbox"/> Constipação percebida</b>		<b>Parâmetros de Avaliação</b>
<b>Características Definidoras</b>	<input type="checkbox"/> Expectativas de movimento intestinal diário	Espera evacuar quantas vezes por semana? _____
	<input type="checkbox"/> Uso exagerado de laxantes	Faz uso de laxantes? <input type="checkbox"/> Sim, qual frequência? ____/____ <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Uso exagerado de enemas	Faz uso de enemas? <input type="checkbox"/> Sim, qual frequência? ____/____ <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Uso exagerado de supositórios	Faz uso de supositório? <input type="checkbox"/> Sim, qual frequência? ____/____ <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Expectativa de evacuação no mesmo horário todos os dias	Considera que é necessário evacuar no mesmo horário? <input type="checkbox"/> Sim, qual horário? _____ <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Processos de pensamento prejudicados	Tem pensamentos repetitivos? Sobre o quê? _____ Como está sua memória? _____ Subtraia 2 de 20 progressivamente até zero:
	<input type="checkbox"/> Avaliação errônea	Como considera que deve ser a evacuação normal de uma pessoa? _____
	<input type="checkbox"/> Crenças de saúde culturais/familiares	Puérpera expressa alguma crença ou cultura familiar em relação a constipação? <input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não

## APÊNDICE – B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Flaviana, sou enfermeira, Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Gostaria de convidá-la para participar, como voluntária, em uma pesquisa, na qual você não receberá pagamento algum ou gratificação pela sua participação. Também não terá despesa alguma. Após os esclarecimentos que vou prestar, caso se sinta à vontade para participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra ficará comigo, pois sou a pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma, e receberá o atendimento usual da equipe de saúde, do Programa Saúde da Família de sua área. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, que aprovou a realização dessa pesquisa, pelo telefone 3269-8338, em ligações a cobrar.

#### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

**Título do Projeto:** Diagnósticos de Enfermagem identificados em puérperas período imediato e tardio no contexto da comunidade.

**Pesquisadora responsável:** Enfermeira Flaviana Vieira – Especialista em Saúde da Família e em Enfermagem Obstétrica.

Telefone para contato (ligações a cobrar): 9(0XX) 62 3624-0668 e 9(0XX) 62 9122-1224.

#### **Pesquisadores participantes:**

Maria Márcia Bachion – Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - Orientadora da Pesquisa.

Telefone para contato (ligações a cobrar): 9(0XX) 3209-6180 ou 9(0XX) 9293-4883

Ana Karina Marques Salge – Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – Co-orientadora da Pesquisa.

Telefone para contato (ligações a cobrar): 9(0XX) 3521-1822

O objetivo da pesquisa é analisar a ocorrência de alguns diagnósticos de enfermagem que são comuns em mulheres no período de pós-parto imediato e tardio, no contexto da comunidade.

A pesquisa consiste em uma visita domiciliar da pesquisadora durante o período de pós-parto imediato (entre a alta hospitalar até 10 dias) ou tardio (até 45 dias de pós-parto). Neste dia, durante a consulta de enfermagem os problemas ou riscos de saúde que forem identificados serão avaliados pela pesquisadora, que orientará você sobre cuidados de enfermagem e/ou procedimentos de enfermagem se fizerem necessário. Esta consulta constará de entrevista, abordando sua história obstétrica (gestação atual e anterior), o apoio familiar ou de amigos/vizinhos, os aspectos psicológicos do pós-parto, os dados sociais e econômicos. Constará também de exame físico, que incluirá, por exemplo, medição de pressão arterial, temperatura, pulso e frequência respiratória, avaliação: de seu estado geral, do funcionamento do coração e pulmões, das mamas e amamentação, palpação do abdômen, do sangramento pós-parto, da cicatrização da cirurgia quando existente. Não será realizado nenhum procedimento invasivo (acesso de veia, exame de colo uterino) e não será realizado nenhum tratamento com medicação. Quando se tratar de problemas que necessitem de acompanhamento, seu caso será encaminhado para a equipe de Saúde da Família, de sua área, se você concordar. Como participante você tem garantia do total anonimato (seu nome não será revelado) e sigilo dos dados que forem fornecidos sobre sua vida, desenvolvimento e saúde. É garantido a você o direito pleno de retirar esse consentimento em qualquer tempo sem sofrer qualquer prejuízo da continuidade do seu atendimento, não somente obstétrico ou outra assistência pela equipe de Saúde da Família responsável pela área onde você mora.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em eventos científicos na área da saúde e serão publicados em revistas científicas, sendo que também nesses procedimentos seu nome não será revelado de forma alguma. Anotações sobre a sua participação no estudo serão registradas em seu prontuário, conforme exigência de normas de boas práticas em pesquisa. Caso se sinta lesada em qualquer momento, por causa de sua participação no estudo, poderá procurar seus direitos para indenização.

Acreditamos ter tomado todos os cuidados para a pesquisa não ofereça riscos a você e à sua família. Os benefícios imediatos que receberá em participar referem-se a um atendimento de enfermagem em maior profundidade na área de saúde materna. Os benefícios indiretos se referem à possibilidade da pesquisa gerar dados que possam contribuir para melhorar a formação de futuros enfermeiros e melhorar

a qualidade do atendimento de enfermagem em sua área, pois os resultados da pesquisa serão apresentados à equipe local.

---

**Flaviana Vieira – Pesquisadora Responsável**

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, n.º de prontuário \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar como sujeito do estudo ***Diagnósticos de Enfermagem identificados puérperas no período imediato e tardio no contexto da comunidade***. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora *Flaviana Vieira* sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento usual prestado pela Equipe de Saúde da Família. Foi-me garantido que posso esclarecer dúvidas a qualquer momento, mediante ligações à cobrar para a pesquisadora responsável e que no caso de sentir-me lesada posso procurar pelos meus direitos.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome do sujeito: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_

Assinatura Dactiloscópica:




---

**Flaviana Vieira – Pesquisadora Responsável**

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

\* Observações complementares: \_\_\_\_\_

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)