

## 1- INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE), que pode ser compreendido como a expressão do método clínico, tem se configurado como uma das formas de sistematizar a assistência de enfermagem, de modo a identificar e solucionar situações, considerando um dado contexto, num determinado período de tempo, visando produção de resultados positivos para a saúde de um indivíduo ou comunidade (CARVALHO; BACHION, 2009).

Recentemente, estudiosas da área de sistematização da assistência de enfermagem afirmaram que o mesmo tem representado o principal modelo metodológico para o desempenho sistemático da prática da enfermagem ou ainda um importante instrumento tecnológico, no sentido de beneficiar o cuidado, organizar as condições para a sua realização e, também, documentar a prática profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

O processo de enfermagem é constituído por etapas ou fases interdependentes e complementares; quando realizadas, no seu conjunto resultam em intervenções de enfermagem satisfatórias para os indivíduos, grupos ou comunidades. Estas etapas ou fases compreendem o histórico, o diagnóstico, o plano assistencial, a prescrição, a evolução e o prognóstico (HORTA, 1979).

Aplicável em ambientes como instituições de saúde (hospitalares ou ambulatoriais), escolas, domicílios, entre outros, e, também, em uma grande diversidade de situações clínicas, cujas observações acerca das necessidades humanas da clientela envolvida oferecem a base de dados para tomada de decisão, elaboração, implementação e avaliação de um plano de cuidados, o processo de enfermagem, em que pese às dificuldades para a sua aplicação na prática assistencial, pode acrescentar qualidade ao cuidado (GARCIA; NÓBREGA, 2004). No que se refere à enfermagem pode “melhorar a visibilidade e o reconhecimento profissional e representar uma possibilidade concreta de avaliação da prática profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2009, p.92).

Iniciativas nos campos do ensino, da pesquisa, da extensão universitária e, também, de instituições têm buscado condições para a sistematização da assistência de enfermagem, por meio da implantação e implementação do processo de enfermagem visando o atendimento seguro, resolutivo e humanizado. No

entanto, pesquisas vêm demonstrando que, na prática existem dificuldades na sua utilização, no Brasil (POKORSKI et al., 2009).

Entre as dificuldades operacionais identificadas encontram-se a falta de conhecimento acerca das fases ou etapas do PE, o número excessivo de tarefas para a equipe de enfermagem e para a enfermeira, deficiência na qualidade da educação profissional e, ainda, o relato insuficiente sobre o exame físico relacionado. Pode-se também destacar o grande número de atividades técnicas e burocráticas sob a responsabilidade da enfermagem, em detrimento da realização do PE (REPPETTO; SOUZA, 2005).

Em recente pesquisa realizada sobre o significado do PE na ótica de enfermeiras<sup>1</sup> de uma maternidade de referência e local de ensino e pesquisa, em Fortaleza, verificou-se que o mesmo é compreendido como uma atividade inviável na prática, sendo executada apenas pelos acadêmicos de enfermagem que, acabam por não interagir com os profissionais do setor. Outros pontos destacados foram a falta de conhecimento e experiência para realização do PE. As conclusões desta pesquisa apontaram a necessidade de incentivo por parte da gerência e administração em ações de capacitação profissional e a concretização da integração docente-assistencial, de modo a enriquecer o conhecimento e a prática, tanto dos profissionais, quanto dos estudantes de enfermagem (FREITAS; QUEIRÓZ; SOUZA, 2007).

Neste sentido, com vistas à melhoria da integração academia-serviço o presente estudo foi proposto, cujo objeto refere-se à implementação do PE, no setor de maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), campo para o ensino, a pesquisa e a extensão em articulação com as unidades acadêmicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), entre elas a Escola de Enfermagem (EE/UFMG).

A Administração do HRTN, por meio da Coordenação Técnica de Enfermagem em conjunto com as enfermeiras responsáveis pelas Linhas de Cuidado tem desenvolvido esforços para a implantação/implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Nesta perspectiva,

---

<sup>1</sup> A enfermagem é composta majoritariamente por mulheres. Sendo assim, no presente estudo foi adotada a palavra enfermeira e sua flexão em número no gênero feminino; porém, o gênero masculino, que também compõe essa categoria profissional, não está excluído do contexto da pesquisa.

recentemente promoveu em parceria com a EE/UFMG, o I Seminário de Sistematização da Assistência de Enfermagem do HRTN, que culminou com um debate acerca das propostas de implementação do SAE nas diversas unidades do HRTN.

Esta iniciativa demonstra por um lado o interesse na qualificação da assistência de enfermagem e por outro lado, o compromisso da EE/UFMG no estreitamento das relações entre academia e serviço, com vistas à formação profissional qualificada, por meio do desenvolvimento de projetos de ensino, pesquisa e extensão e a melhoria da qualidade de assistência prestada.

Tendo em vista a parceria academia-serviço, identificou-se a possibilidade de contribuir com a implementação do PE, no setor de Alojamento Conjunto (AC), da Maternidade do HRTN, por meio da elaboração de um instrumento de exame físico tipo *check list* destinado as puérperas e RN. Inicialmente a parceria foi conduzida por meio de uma atividade de extensão universitária. Esta originou a pesquisa em tela, elaborada considerando a seguinte questão norteadora:

- Os instrumentos elaborados adéquam-se às demandas das enfermeiras e da equipe de enfermagem e podem configurar-se em instrumento de apoio para a implementação da primeira etapa do processo de enfermagem com vista à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Maternidade do HRTN?

Considerando a questão norteadora elaboraram-se os seguintes objetivos:

#### 1.1- OBJETIVO GERAL:

- Aperfeiçoar instrumentos de exame físico direcionados à puérpera e ao RN, em alojamento conjunto, visando à implementação do Processo de Enfermagem e a da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

#### 1.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Refinar instrumentos de exame físico de puerpéras e RN.
- Acompanhar a inserção do instrumento no sistema eletrônico da instituição.
- Acompanhar a aplicação dos instrumentos de exame físico realizado pelas enfermeiras.
- Acompanhar o registro dos dados do exame físico de puerpéras e RN no sistema eletrônico da instituição.

## 2- REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) E PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE)

O objeto da enfermagem é o cuidado humano. Esse cuidado deve ser prestado com qualidade. Para tanto, é importante que as enfermeiras desenvolvam o pensamento crítico e sua capacidade de tomar decisões por serem, reconhecidamente, agentes de transformação das condições de vida, atuando diretamente no processo saúde-doença e no bem estar dos indivíduos, famílias e comunidade. O cuidado de enfermagem deve ser realizado com planejamento e de forma sistematizada, o que pode ocorrer por meio da implementação do PE (LIMA et al., 2006).

A enfermeira ao planejar a assistência, garante sua responsabilidade junto à pessoa assistida, uma vez que o planejamento “permite diagnosticar as necessidades do cliente, garante a prescrição adequada dos cuidados, orienta a supervisão do desempenho do pessoal, a avaliação dos resultados e da qualidade da assistência porque norteia as ações” (SANTOS et al., 2002, p.22). Ou seja, o cuidado é centrado nas necessidades do indivíduo que carecem ser atendidas.

Ao longo dos anos, a organização da assistência de enfermagem baseou-se em contradições determinadas por uma estrutura rígida, linear, excessivamente especializada, com funções rotineiras e pouco desafiadoras. A enfermagem conformou-se, basicamente, com uma cultura do fazer disciplinar sem, contudo, refletir a respeito de novas possibilidades do ser e agir no espaço micro do cotidiano diário da sua prática (NASCIMENTO et al., 2008).

Contudo, sendo uma profissão de extrema relevância para a construção de uma assistência qualificada em saúde, vem acompanhando significativas mudanças nas relações sociais e políticas, no campo tecnológico, nas relações interpessoais e especialmente na maneira de organizar os serviços e responder às novas demandas assistenciais, gerenciais e científicas (NASCIMENTO et al., 2008).

Na história da enfermagem, há muitas e grandes líderes, a começar por Florence Nightingale (fundadora do saber científico da enfermagem). Esta, comprometida com os ideais da profissão, rompeu com estruturas familiares, políticas, culturais e sociais de sua época e concebeu a profissão não apenas como uma ciência, mas, principalmente, como a grande arte do cuidado humano

(BEZERRA, 1996). Florence instaurou no campo da saúde métodos de melhoria contínua, baseados no levantamento de dados estatísticos sobre os potenciais riscos de infecção, isto é, a sistematização de cuidados diretos com o paciente.

A Enfermagem Moderna, a partir de Florence Nightingale, iniciou uma marcha para adoção de uma prática baseada em evidências científicas. Abandonou, gradativamente, a postura de atividade caritativa, intuitiva e empírica. Construiu-se um corpo de saberes próprios, especialmente nos anos 1950. Nos anos 1970, houve uma preocupação das enfermeiras com o desenvolvimento das teorias de enfermagem com o intuito de organizar e sistematizar todas as questões que permeiam a atividade profissional da categoria, gerando conhecimentos para embasar e auxiliar a prática da enfermeira, bem como estabelecer a enfermagem como profissão. A partir da aplicação dessas teorias à prática é que se possibilita o PE (FREITAS et al., 2007).

PE não é um conceito da atualidade. Embora essa expressão ainda não fosse utilizada, é crível que o ponto de partida para seu desenvolvimento e ingresso na linguagem da enfermagem remonte à segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale ressaltou a necessidade de ensinar as enfermeiras a observar e a fazer julgamentos sobre as observações feitas (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Nas décadas de 1920 e 1930, nos Estados Unidos, vários estudos de casos clínicos foram publicados na literatura da área. Esses estudos envolviam a análise e a avaliação sistemáticas, de maneira profunda, de um usuário ou grupo de usuários semelhantes, cujo objetivo era promover a compreensão sobre o estado de saúde/doença dos mesmos e das intervenções de enfermagem consideradas necessárias (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

A partir das publicações dos estudos de casos, nota-se o início do uso de instrumentos de coleta de informações sobre os doentes, a análise e formulação de julgamentos clínicos sobre as informações coletadas e a distinção entre o que seria conduta médica e de enfermagem, apresentadas separadamente (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Henderson (1973) afirma que há estreita relação entre os estudos de caso e o surgimento dos primeiros planos de cuidado de enfermagem. Segundo a mesma, o estudo de caso foi o antecessor dos planos de cuidado de enfermagem. Da mesma maneira, pode-se dizer que os planos de cuidado foram as primeiras demonstrações do que posteriormente denominou-se PE.

O desenvolvimento do PE foi inicialmente divulgado na literatura norte americana, nas décadas de 1950 e 1960, para nortear as atividades de enfermagem com o respaldo do método científico. Nas décadas de 1960 e 1970 várias foram as pesquisas que surgiram para a criação de metodologias de assistência em enfermagem (FIGUEIREDO et al., 2006).

Ida Orlando, em 1961, usou pela primeira vez a expressão “PE” ilustrando o cuidado de enfermagem. Em 1963, Virgínia Bonney e June Rothberg, começaram a esquematizar as fases desse processo. Em 1967, um grupo de enfermeiras da Universidade Católica definiu o levantamento de dados (inclusive o diagnóstico de enfermagem), o planejamento, a implementação e a avaliação como as etapas do PE (SALVIANO, 2007).

No Brasil, o planejamento da assistência de enfermagem tem sido discutido desde o início da década de 1970, almejando à eficácia da assistência, ampliação e definição do espaço da enfermagem na equipe de saúde. Wanda de Aguiar Horta foi, nesse país, a pioneira nos estudos relacionados ao PE (SILVA, 1993).

Assim, o PE, propriamente dito, surgiu com o objetivo de organizar o serviço de enfermagem de forma a assegurar a autonomia profissional através de uma SAE.

A organização da assistência de enfermagem, prestada ao indivíduo, família e/ou comunidade, utilizando as fases do método científico, é denominada pela maioria das enfermeiras no Brasil de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Entretanto, trata-se de uma terminologia que pode não ser adequada ao evento, já que, sistematizar pode significar organizar, mas não necessariamente usando todas as etapas do método científico (CARVALHO et al., 2007).

Trata-se de uma questão semântica complexa, pois, na literatura brasileira, diversas denominações são utilizadas como sinônimos: Sistematização da Assistência, Metodologia da Assistência, Planejamento da Assistência, Processo do Cuidado, Metodologia do Cuidado, Processo de Assistência, Consulta de Enfermagem, Processo de Atenção em Enfermagem e Processo de Enfermagem.

É relevante, ainda, colocar, que o PE recebe várias definições de acordo com muitos autores e teorias, sendo que, em cada uma delas segue um molde elaborado em concordância com os conceitos, pressupostos e proposições próprias dessas teorias. Assim, o PE pode ser entendido como a aplicação “prática de uma teoria de enfermagem no cotidiano da assistência de enfermagem aos pacientes” (FREITAS et al., 2007, p. 207).

Na Lei nº 7498 de junho de 1986 que trata da regulamentação do Exercício Profissional de Enfermagem e na Resolução do COFEN nº 159 de 1993, adota-se o termo Consulta de Enfermagem. Já na Resolução do COFEN nº 272 de 2000 observa-se o emprego de PE.

Autores conceituados afirmam que a SAE aumenta a qualidade da assistência de enfermagem beneficiando o paciente, através de um atendimento individualizado, e a enfermeira, mostrando a importância da atuação dessa categoria. Cunha e Barros (2005, p. 569) afirmam que “a Sistematização da Assistência de Enfermagem demonstra a intenção de aumentar a qualidade da assistência prestada ao paciente internado e enriquecer a prática das enfermeiras, elevando o desempenho profissional neste processo”.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado (LEMOS et al., 2006, p. 618).

O PE é um método que permite a enfermeira desenvolver e aplicar seus conhecimentos técnico-científicos, evidenciar sua prática profissional e proporcionar uma assistência sistematizada (LIMA et al., 2006). Pode ser definido como um “método através do qual a estrutura teórica da enfermagem é aplicada à prática” (FIGUEIREDO et al., 2006, p. 300).

O Processo de Enfermagem (PE) é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, que viabiliza a organização da assistência de enfermagem. Representa uma abordagem de enfermagem ética e humanizada, dirigida à resolução de problemas, atendendo às necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem de uma pessoa. No Brasil é uma atividade regulamentada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, constituindo, portanto, uma ferramenta de trabalho do enfermeiro (CHIRELLI et al., 2009, p. 281).

Segundo Lucile Lewis, citado por Horta (1979), o PE consta de três fases: levantamento, intervenção e avaliação. Horta (1979) define PE como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano, que, se caracteriza pelo inter-relacionamento e dinamismo das seis fases ou passos do mesmo: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Prescrição de Enfermagem, Evolução e Prognóstico.

As diferentes etapas do PE se inter-relacionam e envolvem um contínuo processo de raciocínio e julgamento clínico que direciona as ações de enfermagem (ALFARO-LEFREVE, 2005). Essa divisão em etapas é útil para fins didáticos, sendo

que, na prática, o PE deve ser integrado, com suas etapas inter-relacionadas (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

O PE proposto por Horta é fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas contempladas na Teoria da Motivação Humana de Maslow e na classificação de João Mohana e, consiste em um conjunto de etapas sistematizadas e inter-relacionadas de ações que visa à assistência ao ser humano de forma integral. É um instrumento metodológico que auxilia os profissionais a tomarem decisões, preverem e avaliarem as conseqüências para os clientes (CIAMPONE; SILVA, 2003).

Assim, alguns autores afirmam que o PE pode ser aplicado em qualquer cenário de cuidado à saúde, utilizando os mais diversos arcabouços teóricos ou conceituais e nos mais variados contextos. O plano de cuidado adequadamente utilizado é capaz de guiar e favorecer a continuidade do cuidado na assistência de enfermagem, por meio da facilitação da comunicação entre enfermeiras e outros profissionais que prestam os cuidados (LIMA et al., 2006).

Para aplicação do PE, é necessário um conjunto de operações cognitivas (formação de idéias, juízos e raciocínios) habilidades psicomotoras, afetivas (sentimentos, valores e crenças) e interpessoais (CARVALHO et al., 2007).

Compreendido não somente como um modo de fazer, mas como um modo de pensar a prática assistencial, nota-se que a implementação do PE envolve três áreas inter-relacionadas de cognição: o raciocínio e julgamento diagnóstico; o raciocínio e julgamento terapêutico e o raciocínio e julgamento ético. Ressalta-se também que, apesar de derivado de um objetivo método científico, o PE não é aplicado de um modo totalmente objetivo, uma vez que os valores humanos, tanto os das profissionais de enfermagem quanto os da clientela, influenciam a identificação e a solução de problemas; ou seja, a sensibilidade moral e o julgamento ético na interação com a clientela permeiam o processo em sua inteireza (DANIEL, 1987). As dimensões do pensar, do sentir e do agir articulam-se, portanto, no processo de enfermagem de forma indissociável.

Para a Enfermagem, o não registro sistemático do diagnóstico, das ações/intervenções e dos resultados de enfermagem pode acarretar em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional, bem como em ausência ou dificuldade de avaliação de sua prática (GARCIA; NÓBREGA, 2000).



De acordo com Iyer et al. (1993), a SAE/PE podem ser definidos em termos de três grandes dimensões: propósito, organização e propriedades.

A dimensão do propósito está relacionada à clientela alvo do cuidado de enfermagem e à organização e gerenciamento do cuidado.

Dentre os propósitos relacionados à clientela alvo do cuidado de enfermagem podemos enumerar: identificar e tratar dos problemas do cliente; promover o bem-estar do cliente; atender aos problemas de saúde e às necessidades de enfermagem da pessoa; diagnosticar e tratar as respostas humanas à saúde e à doença; melhorar ou manter o nível de saúde do cliente; identificar as necessidades de cuidados de saúde do cliente, determinar as prioridades, estabelecer as metas e os resultados esperados; estabelecer e comunicar um plano de cuidados centrado no cliente, proporcionar prescrições de enfermagem designadas para atender às necessidades do cliente e avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem em alcançar os resultados esperados e as metas para os clientes; satisfazer as necessidades individualizadas do cliente, da família e da comunidade; proporcionar cuidados de qualidade centralizados no cliente; prestar um cuidado de enfermagem seguro e eficaz para o cliente; avaliar o estado de saúde do cliente, fazer julgamentos e diagnósticos, planejar, implementar e avaliar ações apropriadas de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Entre os propósitos relacionados à organização/gerenciamento do cuidado podemos citar: fornecer uma base a partir da qual todas as ações sistemáticas de enfermagem podem ser levadas a efeito; tomar decisões esclarecidas quanto às situações de cuidados; elaborar intervenções baseadas num juízo crítico próprio da enfermagem em vez de em um processo de tentativas e erros; proporcionar um roteiro para o raciocínio crítico; prover uma estrutura sistemática e propositada; fornecer uma estrutura para ser utilizada no trabalho com o paciente (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

A segunda dimensão, a da organização, diz respeito à seqüência de etapas (ou componentes) necessárias para alcançar os propósitos estabelecidos.

Por fim, na terceira dimensão, observa-se na literatura consultada que o PE está descrito como: um sistema; um processo; um método; uma abordagem; uma série de pensamentos e ações sistematizadas; uma atividade; uma estrutura ou um referencial com as propriedades de ser: interativo, por basear-se nas relações recíprocas entre a enfermeira e o indivíduo, a família e outros profissionais da

saúde; deliberado ou intencional, por estar orientado por metas; efetivo e eficiente, porque resulta em um cuidado de enfermagem compreensivo e individualizado; organizado e sistemático, visto que consiste de passos seqüenciais e inter-relacionados; criativo, porque propicia encontrar soluções além do que é tradicionalmente; baseado em conhecimento, em que estão incluídas as ciências físicas e biológicas e as humanas, e aplicável no âmbito de qualquer referência conceitual; flexível, porque pode ser adaptado à atividade de enfermagem em qualquer local ou área de especialização e porque suas fases podem ser utilizadas de modo seqüencial ou concomitante; dinâmico, porque envolve mudanças contínuas; e, humanístico, visto que é desenvolvido e implementado de tal modo que seja dada maior consideração aos interesses particulares e desejos do usuário e pessoas significativas (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Somadas as três dimensões é possível afirmar que incorporar a SAE é uma forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo um cuidar de enfermagem humanizado, contínuo, mais justo e com qualidade para o paciente.

Embora a implantação da SAE seja uma exigência para as instituições de saúde públicas e privadas de todo o Brasil, de acordo com a Resolução do COFEN de nº 272 de 2000, e, também, uma orientação da lei do exercício profissional da enfermagem (Lei 7.498, de 25 de junho de 1986); mesmo com o empenho do Conselho Federal e Conselhos Regionais, e, de toda a classe profissional, trata-se de um conhecimento que, embora tenha sido introduzido no Brasil na década de 1970, ainda apresenta uma enorme lacuna entre a produção do conhecimento e sua aplicação na prática diária da enfermeira, além de, ainda, não ser unânime o seu emprego no âmbito da categoria (FIGUEIREDO et al., 2006).

Carraro et al. (2003) consideram que a cientificação profissional é almejada pelos profissionais de enfermagem, mas apenas será alcançada com o emprego de instrumentos científicos que embasem a prática profissional.

O impacto do movimento de sistematizar o cuidado tem motivado as enfermeiras, em muitos países do mundo, a superarem esse desafio na assistência, no ensino e na pesquisa. Muitos são os benefícios descritos pela aplicação da SAE, uma vez que a mesma traz implicações positivas para a profissão de enfermagem, para o paciente e para a enfermeira em especial (FREITAS et al., 2006).

## 2.2- NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS (NHB)

Wanda de Aguiar Horta é considerada a primeira enfermeira brasileira a introduzir o tema Teorias de Enfermagem no campo profissional. Horta define o ser humano como um ser com capacidade de reflexão e imaginação, integrante do universo dinâmico e sujeito de mudanças em seu ambiente. Segundo a autora, o ser humano (indivíduo, família ou comunidade), sujeito de mudanças, também pode estar em equilíbrio ou desequilíbrio. A autora, ainda, define Saúde como estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço, e, Doença como resultante dos desequilíbrios que causam necessidades não atendidas. A enfermagem, então, implementa estados de equilíbrio, reverte ou previne estados de desequilíbrio pela assistência às necessidades básicas do ser humano, procurando sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço (HORTA, 1979).

Partindo desses preceitos Horta procurou desenvolver uma teoria capaz de elucidar a natureza da enfermagem, definir seu campo de ação específico e sua metodologia de trabalho baseada na teoria da motivação humana de Abraham Maslow e na determinação dos níveis da vida psíquica utilizada por João Mohana (SALGADO, 2010).

Maslow baseia sua teoria sobre a motivação humana nas NHB hierarquizadas em cinco níveis de prioridades sendo: (1) necessidades fisiológicas; (2) de segurança, (3) de amor; (4) de estima; e, (5) de auto-realização. O indivíduo só passa a procurar satisfazer as do nível seguinte após um mínimo de satisfação das necessidades anteriores. O mínimo, ainda não foi determinado, mas o próprio autor reconhece que tal sistemática não é rígida, variando também em alguns indivíduos. Segundo a teoria nunca há satisfação completa ou permanente de uma necessidade, pois, caso contrário, não haveria mais motivação individual (SILVA; NASCIMENTO, 2000).

Mohana citado por Horta (1979) usa a seguinte titulação utilizada na enfermagem: necessidade de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. Os dois primeiros níveis são comuns a todos os seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, mas o terceiro nível, por enquanto, é característica única do homem. Todas as necessidades estão inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano. Quando a necessidade se manifesta, a enfermagem se depara, então, com o problema de enfermagem.

A partir do estudo das NHB, Horta (1979) estabeleceu os dois principais eixos que compõem sua teoria: a enfermagem é um serviço prestado ao ser humano; a enfermagem é parte integrante da equipe de saúde. Por isso, deve considerar algumas proposições: o ser humano como parte integrante do universo está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Além disso, por ser considerado um agente de mudança, é também a causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo.

Sendo assim, Horta (1979, p. 39) define NHB como “estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais”. Em estados de equilíbrio, as necessidades não se manifestam, porém, dependendo do desequilíbrio instalado surgem com maior ou menor intensidade. Deste modo, as NHB são condições ou situações que o indivíduo, família e/ou comunidade apresentam, sendo decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas e que exigem uma resolução, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não.

As necessidades são universais, ou seja, comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la (SALGADO, 2010).

A partir desses conceitos Horta construiu a teoria das NHB considerando 18 necessidades humanas como Necessidades Psicobiológicas, 17 como Necessidades Psicossociais e duas como Necessidades Psicoespirituais conforme mostra a tabela 1.

Quando qualquer uma das necessidades se manifesta, nota-se algum grau de alteração nas demais, por desequilíbrio causado por falta ou excesso de qualquer uma delas. Para a teórica, após a satisfação de certas necessidades, novas surgirão, fazendo com que enfermeira e paciente passem a determinar novas prioridades para a assistência a ser prestada (SALVIANO, 2007).

Dessa forma, assistir em enfermagem é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar quando parcialmente impossibilitado de se auto-cuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais, quando se fizer realmente necessário.

TABELA 1- Classificações das Necessidades Humanas Básicas segundo Horta

<b>Necessidades Psicobiológicas</b>	<b>Necessidades Psicossociais</b>	<b>Necessidades Psicoespirituais</b>
Oxigenação Hidratação Eliminação Sono e Repouso Exercício e Atividade física Sexualidade Abrigo Mecânica corporal Motilidade Integridade cutâneo-mucosa Integridade física Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular Locomoção Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa Ambiente Terapêutica	Segurança Amor Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem (educação à saúde) Gregária Recreação Lazer Espaço Orientação no tempo e espaço Aceitação Auto-realização Auto-estima Participação Auto-imagem Atenção	Religiosa ou teológica Ética ou de filosofia de Vida

Fonte: HORTA, 1979, p. 40.

### 2.3- PUERPÉRIO E ALOJAMENTO CONJUNTO (AC)

O parto, algumas décadas atrás, ocorria no domicílio onde a mulher compartilhava com seus familiares esse momento. Entretanto, a evolução econômica e social, aliada ao aprimoramento técnico-científico na área materno-infantil, fez com que as mulheres passassem a ser assistidas no momento do parto e nascimento em instituições hospitalares. A institucionalização da assistência ao parto percorreu o século passado imprimindo transformações na forma de atendimento à mulher e à criança, bem como à família (SILVA; SOARES, 2003).

Puerpério é o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gestação e pelo parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico. Inicia-se após a saída da placenta e tem seu término indefinido, uma vez que enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. É dividido didaticamente em puerpério imediato (1° ao 10° dia), tardio (11° ao 42° dia), e remoto (a partir do 43° dia) (BRASIL, 2001).

A primeira e segunda horas após o delivramento (dequitação da placenta) devem ser passadas no Centro Obstétrico ou na sala de pré-parto, parto e puerpério

(PPP), pois, neste período, podem ocorrer hemorragias. Passado este período inicial, estando a puérpera equilibrada hemodinamicamente e formado o globo de segurança de Pinard (útero ao nível da cicatriz umbilical e firmemente contraído), poderá ser encaminhada ao AC acompanhada pelo recém-nascido (RN) caso o mesmo esteja estável e em adaptação satisfatória à vida extra-uterina (padrão cardio-respiratório estabelecido de forma adequada) (BRASIL, 2001).

A separação de mães e filhos no pós-parto imediato é datada no final do século XIX, com o aparecimento das incubadoras, criadas para o atendimento de bebês prematuros. Frente à alta incidência de mortalidade infantil no início do século XX (por diarreia, infecções respiratórias), somada a inexistência de equipamentos e recursos adequados, resolveu-se generalizar o uso do berçário para o RN a termo e saudável. Essa medida levou à redução do apego de muitas mães pelas suas crianças, que eram mantidos em rigoroso isolamento, e, também, ao aparecimento, cada vez mais freqüente, das infecções cruzadas (LEAL; OLIVEIRA, 1997).

Na década de 30 iniciaram-se ponderações sobre a validade desse sistema que separava mãe e bebê, e, na década de 40, estudos enfatizaram a importância da assistência mais humanizada e da amamentação em livre demanda para o desenvolvimento da personalidade da criança, destacando os efeitos negativos da separação precoce do binômio mãe-filho (a). Surge então, em meados do século XX, após intensas discussões na Europa e nos Estados Unidos, o “rooming-in”, termo que designa um ambiente onde o RN é colocado em um berço ao lado da cama da mãe, isto é, um alojamento conjunto (SCOCHI et al., 1996).

Gradativamente, vários hospitais passaram a utilizar o sistema de AC. Embasados nos resultados de estudos epidemiológicos e na área psicossomáticas, psicodinâmicas e fisiologia aplicada ao comportamento, cujos objetivos, com a medida, eram reaproximar mãe e filho promovendo a formação de um vínculo efetivo entre ambos; proteger o RN de infecções; satisfazer mãe e bebê psicologicamente e incluir os pais na assistência de forma ativa, entre outros (SCOCHI et al., 1996).

No Brasil, a instalação das unidades de AC vem de acordo com as normas e recomendações governamentais, científicas e institucionais, tornando-se obrigatória em todas as instituições de atendimento ao parto (SCOCHI et al., 1996).

O Sistema AC é definido, segundo o Ministério da Saúde, como um sistema hospitalar em que o bebê sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, em um mesmo ambiente durante todo o período de

internação até a alta hospitalar de ambos e que permite aos pais receberem orientações que os tornem capazes de proporcionar cuidados ao filho. O sistema visa, ainda, incentivar a amamentação, favorecer o vínculo entre os familiares, bem como, contribuir para a redução dos índices de infecção hospitalar (SILVA; SOARES, 2003).

O AC foi normatizado primeiramente através da Resolução n<sup>o</sup> 18 do INAMPS em 1983, que tornava o sistema obrigatório a todos os hospitais próprios e conveniados. Posteriormente, em 1987, pela Portaria n<sup>o</sup> 508 do MEC, dirigida aos hospitais universitários, e, em seguida, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, extensiva a hospitais públicos e particulares. Por fim, através da Portaria MS/GM n<sup>o</sup> 1016 de 1993, foi dirigida a todas as Unidades Médico-Assistenciais do Sistema de Informações Hospitalares/Sistema Único de Saúde (SUS). Decorrida mais de uma década após sua normatização e obrigatoriedade, percebe-se que ainda são vários os hospitais, que não o adotam (LEAL; OLIVEIRA, 1997).

### 3- CAMINHO METODOLÓGICO

A metodologia compreende o caminho percorrido pelo pensamento necessário para o processo de investigação. Deve conter a apresentação adequada e justificada dos métodos, técnicas e instrumentos necessários para a realização da pesquisa, assim como o potencial criativo da pesquisadora (MINAYO, 1993).

Para que um estudo tenha reconhecimento científico é necessário que os métodos utilizados sejam identificados e descritos, indicando técnicas de pesquisa científica, fornecendo os elementos de análise crítica das descobertas e os comunicando à comunidade científica (GIL, 1999).

Um bom método será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. Portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exequível (MINAYO, 1993, p. 239).

Com o objetivo de formular explicações teóricas confiáveis, optou-se por uma abordagem qualitativa nesse estudo como proposta metodológica para análise das questões, acreditando que a mesma atende aos objetivos da pesquisa e parece capaz de dar conta do “problema”.

A metodologia qualitativa trabalha com o “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis” (MINAYO, 1994, p.21).

Na realização de uma pesquisa de abordagem qualitativa, o conhecimento e envolvimento no espaço social permitem ao pesquisador estar em contato direto com o objeto específico de seu estudo, propiciando um maior aprofundamento do fenômeno que investiga. A abordagem qualitativa adentra no mundo dos significados das ações e relações humanas desenvolvidas no contexto social pesquisado.

Para tornar seu saber fundamentado cientificamente, a Enfermagem tem se dedicado continuamente a diversas formas de pesquisa. Devido às particularidades dessa profissão, é necessário identificar métodos que sejam compatíveis aos seus fins. A pesquisa de abordagem qualitativa demonstra-se adequada à profissão, visto seu objeto de trabalho: o ser humano. Por meio da pesquisa qualitativa, a profissão obtém ricos detalhes acerca da experiência dos sujeitos em relação a um determinado fenômeno, resultando em descrições densas ou pesadas (LACERDA et al.; 2008, p. 844).



Para fortalecer essa abordagem qualitativa de pesquisa recorreu-se à concepção metodológica denominada pesquisa convergente assistencial que é uma modalidade de pesquisa desenvolvida simultaneamente à prática assistencial.

Trata-se de um estudo que se caracteriza pela convergência entre pesquisa, assistência e participação dos sujeitos, concomitantemente ao processo de construção de conhecimento, sendo delimitados de modo intencional, visando à sua representatividade e profundidade das informações. As questões de pesquisa são frutos de experiências vividas no contexto da prática e os resultados destinam-se às melhorias do local do estudo. Os métodos de coleta e análise dos dados não são estipulados, chegando a reunir diferentes métodos, técnicas e estratégias para obter e analisar as informações (PIVOTO et al.; 2010, p. 666).

A finalidade deste tipo de investigação é encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social. Os sujeitos pesquisados envolvem-se ativamente no processo de pesquisa, a metodologia reconhece os dados da prática como dados de pesquisa e, da mesma forma que as demais modalidades de pesquisa, seguem normas de rigor científico (TRENTINI; PAIM, 2004). Ou seja,

Não se propõe a generalizações; pelo contrário, é conduzida para descobrir realidades, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações específicas, em determinado contexto da prática assistencial; portanto se caracteriza como trabalho de investigação, porque se propõe a refletir a prática assistencial a partir dos fenômenos vivenciados no seu contexto, o que pode incluir construções conceituais inovadoras. O ato de assistir/cuidar cabe como processo da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 27).

A trajetória da pesquisa convergente assistencial segue as fases de concepção, instrumentalização, perscrutação, análise e interpretação.

Na fase de concepção são determinados: o tema a ser pesquisado; a questão de pesquisa; os propósitos; os objetivos e a justificativa. A metodologia é definida na fase de instrumentalização. As entrevistas e observação participante configuram estratégias para a obtenção de informações que devem ser determinadas na fase de perscrutação. A fase de análise consiste na apreensão (coleta e organização das informações), síntese, teorização e recontextualização dos dados coletados. Os resultados do processo: síntese (associações e variações das informações), teorização (relações reconhecidas no processo de síntese - pressupostos e questionamentos) e transferência (socialização dos resultados singulares) compõem a fase de interpretação (WILLIG; 2004).

O presente estudo teve seu foco no aperfeiçoamento de instrumentos de exames físicos de puerpéras e bebês internados em um AC.

As etapas da pesquisa foram desenvolvidas seguindo a trajetória metodológica realizada no estudo de Lima et al. realizado em 2006, com adaptações. Assim, foram definidas cinco etapas.

Na Primeira Etapa foi feita a construção dos instrumentos denominados de roteiro de exame físico da puérpera e roteiro de exame físico do RN através de levantamento bibliográfico.

A Segunda etapa constou da validação de aparência e conteúdo que, consistiu em verificar se os instrumentos mediam o que pretendiam medir, se apresentam consonância com os objetivos propostos de avaliação física da puérpera e do RN.

O refinamento dos itens do instrumento de coleta de dados foi realizado na Terceira Etapa com base na avaliação realizada pelas enfermeiras sobre o conteúdo de cada sessão do Exame Físico, bem como das críticas e sugestões elencadas na etapa anterior - Segunda Etapa.

Posteriormente, foi coletado pela pesquisadora exame físico de puérperas e bebês utilizando o instrumento de coleta de dados refinado. Isso permitiu que um novo refinamento do instrumento fosse feito antes de ser inserido no prontuário eletrônico na fase seguinte.

Na Quarta Etapa foi feito um acompanhamento, junto ao setor de Tecnologia da Informação do HRTN, da inserção dos instrumentos no sistema eletrônico.

A Quinta Etapa consistiu no acompanhamento da realização do exame físico pelas enfermeiras do setor de AC e do registro dos dados nos roteiros inseridos no sistema eletrônico. O acompanhamento se deu na forma de Observação Participante.

Nesse tipo de observação o pesquisador se insere no espaço do grupo observado e tornar-se parte dele, com a intenção de partilhar o seu cotidiano, apreendendo e experimentando o espaço social da pesquisa, para apreender o que significa estar naquela situação. Tem-se na observação participante a oportunidade de unir o objeto ao seu contexto, contrapondo-se ao princípio de isolamento no qual, em geral, ocorre a formação acadêmica (WILLIG; 2004).

Concomitante a Quinta Etapa a pesquisadora forneceu material bibliográfico sobre o exame físico de puérperas e recém nascidos impressos e em CD ROOM. Em seguida, foi realizada uma exposição sobre os assuntos com cada uma das enfermeiras do setor.

### 3.1- LOCAL DO ESTUDO

O HRTN surgiu a partir do trabalho desenvolvido no município de Belo Horizonte (BH), particularmente, da Comissão Perinatal, voltado para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, bem como para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao binômio mãe-filho(a). Assim, na maternidade dessa instituição, essa assistência tem como base o modelo profissional colaborativo e humanizado.

O HRTN configura-se como estação cuidadora inserida na rede pública de saúde, participando de forma ativa na composição das linhas de cuidado dos perfis de risco em Belo Horizonte e nos municípios vizinhos. Seu modelo de gestão foi organizado a partir de linhas de cuidado e apoio (entre as quais a Linha de Cuidado Materno-Infantil), que são responsáveis pela organização e planejamento da gestão estruturante do Hospital, incidindo em questões relacionadas à assistência e à docência (HRTN, 2009).

A Maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves conta com 28 leitos de alojamento conjunto; oito enfermarias; três quartos de pré-parto e parto; uma sala de parto; uma sala de cesariana; dois consultórios; uma sala de indução anestésica e uma unidade neonatal de cuidados intensivos com cinco leitos.

A maternidade tem no seu quadro 114 funcionários, que atendem em média 280 partos/mês. O serviço assiste as seguintes regiões: Distritos Sanitários Pampulha, Norte e Venda Nova e dos municípios vizinhos de Ribeirão das Neves, Vespasiano, Santa Luzia, Pedro Leopoldo, Matozinhos, Confins, Esmeraldas, Jaboticatubas, Contagem e São José da Lapa.

O HRTN possui sistema informatizado, com destaque para o prontuário eletrônico. A implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um dos compromissos da atual gestão.

### 3.2- PARTICIPANTES DO ESTUDO

Toda a equipe de enfermeiras do HRTN foi convidada a participar do estudo. Foi excluída a enfermeira, que por ocasião da coleta de dados estava afastada das suas atividades profissionais, no serviço. Participaram dessa atividade 13 enfermeiras (generalistas e/ou especialistas em enfermagem obstétrica e/ou

especialista em enfermagem neonatal) que possuíam prática assistencial em maternidade de pelo menos um ano.

### 3.3- ASPECTOS ÉTICOS

A fim de garantir legitimidade e resguardar as participantes, bem atender as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (MS), foi assegurado a todas as participantes a preservação do bem-estar físico, social, psicológico e da privacidade das informações. As enfermeiras foram informadas acerca dos objetivos e indagadas se aceitavam participar da pesquisa. Diante das respostas afirmativas, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) que garante o anonimato e ressaltava que, em nenhum momento, as mesmas seriam prejudicadas, podendo retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo à sua pessoa.

O termo de Consentimento foi assinado pelas enfermeiras, pelas pesquisadora, e por uma testemunha, sendo que a participante recebeu uma cópia deste termo, com informações da pesquisa e da pesquisadora.

Vale ressaltar que essa pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa do HRTN (ANEXO 1), pela Câmara Departamental do EMI/EE-UFMG (ANEXO 2) e pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFMG sob o protocolo de nº 0399.0.203.000-01.

## 4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo serão descritos seguindo a seqüência de etapas já apresentadas no caminho metodológico selecionado para o desenvolvimento da pesquisa.

### 4.1 CONSTRUÇÃO DOS ROTEIROS DE EXAME FÍSICO DA PUÉRPERA E DO RN

Primeiramente, foi realizada uma revisão das principais teorias de enfermagem, sendo selecionada a Teoria das NHB.

O indivíduo é um ser que precisa ser considerado em toda a sua individualidade, pois tem necessidades próprias que variam em intensidade, ritmo e expressão, bem como na maneira de manifestá-las. E, a coleta de dados é uma etapa direcionada pelos conceitos da teoria que auxiliam (LEMOS et al., 2006). Nesse contexto, para a construção dos instrumentos de coleta de dados (exame físico), no presente estudo, para a puérpera e para o RN, adotou-se o modelo de Horta, onde a busca por alterações foi direcionada pelas necessidades humanas.

Essa seleção foi feita em virtude de ser esta uma teoria que permite a avaliação da clientela como um todo indivisível, compreendendo o ser humano como a pessoa alvo do cuidado em que se deve avaliar e prestar uma assistência voltada para as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Além disso, essas particularidades da teoria vêm de encontro com o que vem sendo preconizada pelas políticas públicas de saúde quanto à necessidade de se prestar uma assistência humanizada aos indivíduos, família e comunidade (SALGADO, 2010).

A teoria referida, então, direcionou a organização e seleção dos dados significativos a constar nos instrumentos de coleta do exame físico. A estrutura buscou retratar, além do referencial teórico adotado, a dinâmica do serviço, o padrão de organização da assistência e a especificidade da clientela assistida.

A coleta de dados tem por intuito identificar os problemas reais ou potenciais do indivíduo, família e/ou comunidade, de maneira a dar subsídio ao plano de cuidados, que, por sua vez, deve atender as necessidades encontradas, bem como prevenir que complicações advenham. É uma das fases do PE que mais exige tempo e trabalho, reunindo e agrupando informações indispensáveis à comprovação das hipóteses (LEMOS et al., 2006).

Após realizar um levantamento bibliográfico sobre o exame físico de puérperas e recém nascidos, em livros textos que compõem a ementa da disciplina Saúde da Mulher e do Recém Nascido, do Departamento Materno Infantil (EMI), da EE/UFMG, a pesquisadora, em junho de 2010, iniciou o processo de construção dos instrumentos de coleta de dados, denominados de roteiro de exame físico da puérpera e roteiro de exame físico do RN.

O roteiro de exame físico da puérpera se compôs de itens relacionados à identificação da usuária e história obstétrica atual; às necessidades psicobiológicas de oxigenação e circulação, hidratação e nutrição, eliminação, sono e repouso, motilidade, cuidado corporal e integridade física, integridade cutâneo-mucosa, regulação, retorno dentro da normalidade anatômica e fisiológica aos padrões pré-gestacionais; às necessidades psicossociais de afeto (vínculo com RN), comunicação, auto-estima, auto-imagem e auto-realização; e, às necessidades psicoespirituais, envolvendo a religião da mulher.

O roteiro do exame físico do RN estruturado de acordo com os critérios do exame físico céfalo-caudal. Na primeira parte do instrumento constavam dados de identificação da criança. Os itens subseqüentes estavam direcionados para o exame físico e era possível perceber a distribuição em NHB psicobiológicas de percepção, exame da cabeça e pescoço, oxigenação, circulação, regulação fisiológica, hidratação, nutrição, eliminação, integridade física, higiene, mecânica corporal, sono e repouso; psicossociais de afeto, comunicação, segurança; e, psicoespirituais, identificada pelas crenças e/ou religião dos pais.

Ao final de cada exemplar do roteiro foi disponibilizado um espaço para observações cujo objetivo é descrever algum dado identificado não contemplado na estrutura dos instrumentos, não perdendo assim, a oportunidade de registrá-lo.

O resultado alcançado na primeira fase dessa pesquisa foi guiado pelo entendimento da pesquisadora em relação a um instrumento de coleta de exame físico. Ou seja, esse deve ser estruturado em um roteiro sistematizado para o levantamento de sinais e sintomas, que, permita o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, das metas, dos objetivos e da prescrição das intervenções de enfermagem e seja significativo para a enfermeira e para a clientela, possibilitando a interação entre os mesmos e um cuidado profissional. Por isso, a necessidade de garantir que as informações obtidas sejam efetivas, completas e organizadas de modo que ajude a adquirir um senso de padrão entre saúde e doença.

#### 4.2 VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA E CONTEÚDO DOS ROTEIROS DE EXAMES FÍSICO DA PUÉRPERA E DO RN

Validar significa 'tornar válido', 'legitimar', isto é, significa tornar algo autêntico (HOUASSIS; VILLAR, 2001, p. 2.825). Por isso, quando o termo é utilizado para avaliação de um instrumento de pesquisa, refere-se ao grau em que ele é apropriado para medir o que se propõe medir, possibilitando determinar o quanto os resultados que foram obtidos através da utilização do instrumento representam verdade (consonância com os objetivos propostos), ou o quanto se afasta dela (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Aplicar instrumentos de enfermagem validados e socializados no meio científico contribui para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, bem estar do cliente, familiares e/ou comunidade, além de contribuir para o conhecimento científico e maior visibilidade do trabalho de enfermagem na equipe multiprofissional de saúde (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004).

Com vistas a validar os instrumentos elaborados em aparência e conteúdo, foram entregues para todas as enfermeiras da maternidade um exemplar do roteiro do exame físico da puérpera e um exemplar do roteiro do exame físico do RN para que as mesmas os avaliassem. Buscou-se nessa etapa utilizar a experiência das enfermeiras com as necessidades de saúde de sua clientela.

Participaram dessa atividade 13 enfermeiras com média de três anos e três meses trabalhados no local do estudo. Dessas, 53,8% são especialistas em enfermagem obstétrica, 46,1% em enfermagem neonatal. A atividade foi realizada em julho de 2010.

As participantes verificaram se as cinco NHB foram contempladas nos instrumentos, bem como julgaram se os aspectos relativos ao puerpério imediato e ao bom desenvolvimento do RN foram considerados. As enfermeiras assinalaram se concordavam ou discordavam com o conteúdo de cada sessão do Exame Físico da Puerpéra e do RN. Houve ainda um espaço para o registro das observações, isto é, críticas e sugestões.

Todos os profissionais expressaram que o instrumento certamente favorecerá o desenvolvimento da SAE/PE para a clientela internada em AC e que os dados pareceram-lhes suficientes para identificar alterações ocorridas nas necessidades básicas de saúde.

As enfermeiras sugeriram alterações na estrutura e conteúdo dos instrumentos e também em seu conteúdo, tais como: redução do número de itens para torná-lo mais prático diante da situação atual das maternidades, no que diz respeito ao dimensionamento de pessoal de enfermagem; esclarecer melhor alguns itens disponibilizando dados de referência no roteiro de exame físico do RN, por exemplo, valores considerados 'normais' para os dados vitais e antropométricos. A grande maioria das enfermeiras colocou que ambos os roteiros encontravam-se muito extensos, devendo ser revistos neste aspecto.

Dentre as sugestões feitas pelas enfermeiras que atuaram no processo de validação dos instrumentos, acolhidas pela pesquisadora, uma vez que vieram a contribuir para melhoria dos instrumentos, pode-se ressaltar: condensação dos instrumentos que, foram reduzidos em uma lauda e meia no roteiro do exame físico da puérpera e em uma lauda no roteiro do exame físico do RN; inclusão de um tópico específico para avaliação/classificação de icterícia do RN; descrição da técnica correta utilizada para realização de alguns procedimentos, por exemplo, a manobra de Ortolani no roteiro do exame físico do RN.

As alterações sugeridas foram parcialmente atendidas e observamos que os instrumentos remodelados em sua estrutura e conteúdo ficaram mais adequados, objetivos e claros.

#### 4.3 REFINAMENTO DOS ROTEIROS DE EXAME FÍSICO DA PUÉRPERA E DO RN

O refinamento dos itens dos roteiros de exames físico da puérpera e do RN foi realizado com base na avaliação realizada pelas enfermeiras sobre o conteúdo de cada sessão dos instrumentos, bem como nas críticas e sugestões elencadas na etapa anterior.

Tais instrumentos foram elaborados para sistematizar a coleta de dados, na qual há verificação e comunicação de dados sobre o indivíduo, família e/ou comunidade, tendo como propósito estabelecer uma base de dados sobre as necessidades, problemas de saúde, experiências relacionadas, práticas de saúde, metas e valores da clientela (LIMA et al., 2006). Entretanto, sabendo que somente a utilização dele poderia apontar novas e necessárias alterações, foi coletado pela pesquisadora exame físico de puérperas e bebês utilizando os instrumentos de coleta de dados refinados. A observação direta dos comportamentos da clientela



atendida permitiu que um novo refinamento do instrumento fosse feito antes de ser inserido no prontuário eletrônico na fase seguinte.

A coleta de dados feita pela pesquisadora ocorreu em novembro de 2010. Foram coletados um total 65 exames de puérperas e 65 exames de bebês em instrumentos impressos, o que corresponde a 29,4% dos nascimentos no setor no referido mês.

Para a etapa seguinte foi mantida a maior parte da estrutura dos roteiros de exame físico da puérpera e do RN, sendo alterados: acrescentou-se evolução específica para avaliação das mamadas no roteiro de exame físico do RN e retirou-se o item lesão da avaliação dos lábios e palato por já estar contida no instrumento a opção de assinalar a integridade a respeito dos mesmos; retirou-se a avaliação sobre acesso venoso periférico em membros inferiores no roteiro de exame físico da puérpera, aproximou-se a avaliação das necessidades psicossociais às necessidades psicobiológicas, substituiu-se a opção de avaliação de episiorrafia por rafia (englobando assim as lacerações ocorridas na ausência de episiotomia durante o parto) e, por fim, retirou-se a opção melancólica da avaliação das necessidades psicossociais com vistas a diminuir diferentes entendimentos baseados na subjetividade de cada avaliadora. Alterou-se a ordem dos itens a serem assinalados em ambos os roteiros, mantendo as adaptações fisiológicas como primeira possibilidade de preenchimento nos instrumentos e, as alterações passaram a aparecer seqüencialmente em ordem crescente de gravidade.

Concomitante a essa etapa foi realizado no HRTN o II Seminário de Sistematização da Assistência de Enfermagem, que culminou com um debate e votação acerca da teoria que irá embasar a implementação da SAE em toda a instituição, sendo escolhida a teórica Wanda A. Horta. Esse acontecimento respaldou ainda mais a opção feita anteriormente por essa teórica para o desenvolvimento da SAE/PE no local do estudo.

#### 4.4 INSERÇÃO DOS ROTEIROS DE EXAME FÍSICO DA PUÉRPERA E DO RN NO SISTEMA ELETRÔNICO DO HRTN

Foi feito um acompanhamento, junto ao setor de Tecnologia da Informação do HRTN, da inserção dos instrumentos no sistema eletrônico (APÊNDICE B e APÊNDICE C).

Esse acompanhamento foi realizado pela pesquisadora, em duas manhãs inteiras do mês de dezembro de 2010, objetivando garantir que o conteúdo de ambos os instrumentos, bem como as críticas e sugestões apontadas pelas enfermeiras fossem contempladas, por oportunidade do desenvolvimento dos instrumentos.

A informatização foi conduzida de forma criteriosa, evitando a dissociação entre a ferramenta tecnológica criada, as rotinas do setor e a prática das enfermeiras.

#### 4.5 ACOMPANHAMENTO DA REALIZAÇÃO DO EXAME FÍSICO EM PUÉRPERA E RN E INSERÇÃO DOS DADOS NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO PELAS ENFERMEIRAS

O acompanhamento se deu na forma de observação participante. A coordenação da maternidade solicitou que as enfermeiras se esforçassem para aplicar os roteiros em todos os pares mulher-bebê admitidos no AC. Porém, diante de alguma impossibilidade para o cumprimento dessa tarefa, deveria ser realizado, por cada enfermeira, no mínimo, um exame físico de puérpera e um exame físico de RN a cada plantão da mesma.

Participaram desse momento a pesquisadora e sete das oito enfermeiras assistenciais do setor AC da maternidade do HRTN. Uma das enfermeiras estava afastada de suas atividades assistenciais por motivo de licença médica. Dentre as sete enfermeiras participantes, 14,2% possuem especialização em enfermagem obstétrica, 57,1% em enfermagem neonatal. Em média possuem três anos de experiência de trabalho no local do estudo.

A atividade ocorreu nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2011. Ao todo foram coletados 376 exames físico de puérperas e 399 exames físico de RN; o que corresponde a 50,2% e 53,3%, respectivamente, dos nascimentos ocorridos na maternidade nos referidos meses. O número de exames físicos de RN coletados excedeu o número de exames de puérperas por existir, em um período do dia, uma enfermeira exclusiva para o cuidado com RN, não sendo a mesma responsável pela assistência direta à puérpera.

Para a realização do exame físico da puérpera e do RN o tempo gasto manteve-se uniforme, sendo necessários 15 minutos para cada um, somando um total de 30 minutos para coletar os dados do binômio mãe-filho (a). Para registrar as

informações levantadas no prontuário eletrônico da instituição, nove minutos para o preenchimento do roteiro de exame físico da puérpera e sete minutos para o preenchimento do roteiro de exame físico do RN também foi um tempo mantido constante, totalizando 16 minutos para o registro dos dados levantados de ambos os indivíduos. Logo, gastou-se cerca de 46 minutos para, por exemplo, admitir o par mulher-bebê no setor AC da maternidade HRTN.

Durante a observação participante as enfermeiras colocaram que os dados antropométricos, reflexos primitivos e manobra de Ortolani contidos no roteiro de exame físico do RN, tornavam-o extenso, uma vez que são realizados por outros profissionais (pediatras e técnicas de enfermagem) ao longo da internação. Segundo as mesmas, são procedimentos que deixam a criança e a puérpera irritadas e cansadas devido ao excesso de manipulação que acarreta. Elas consideraram ainda que a história obstétrica e ausculta cardiorrespiratória no roteiro do exame físico da puérpera são desnecessárias para a prática/assistência diária, além de despender um tempo muito maior verificando e repetindo essas informações, já identificadas na evolução médica e de sala de parto, do que registrando o exame físico propriamente dito realizado por elas. A fala das enfermeiras foi de que esses dados deveriam ser retirados dos roteiros tornando-os mais enxutos e práticos para o serviço.

Nesse sentido, as sugestões não foram acatadas, pois se considera que, no raciocínio diagnóstico durante a fase de síntese, o agrupamento dos dados permitirá retirar dali aqueles que evidenciarem as hipóteses, bem como poderá favorecer uma visão mais ampla da clientela atendida e beneficiar a aproximação das profissionais com a mesma, estimulando a interação e a individualização do cuidado.

Em parte, concorda-se quando as enfermeiras sugerem redução dos itens dos roteiros, alegando necessidade de economizar tempo e torná-lo prático. Todavia, é almejado provocar as profissionais ao apontar que ao reduzir os instrumentos e torná-los práticos, torna-os também reducionistas. Em consequência, têm-se instrumentos estritamente biológicos e profissionais menos preparadas para a assistência no AC, uma vez que o RN e puérpera devem ser considerados seres holísticos.

Contudo, para atender em parte a demanda das enfermeiras, aumentar a aplicabilidade dos instrumentos e a adesão da categoria à implementação da SAE/PE, foi sugerido preencher os instrumentos por inteiro na admissão do RN e da

puérpera no setor e nas avaliações seqüenciais não evoluí-los, exceto o peso do RN e a ausculta cardiorrespiratória.

Uma das enfermeiras participantes sugeriu que os dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP) fossem acrescentados nos instrumentos de exame físico. O CLAP contém, entre outras, informações a respeito da história familiar, pessoal e obstétrica anterior; comorbidades e doenças atuais; e, exames e vacinação realizados durante o pré-natal (PN).

Embora esses sejam dados de grande relevância para assistência à mulher e à criança, são referentes à anamnese, pertencente, assim como o exame físico, ao histórico de enfermagem (primeira etapa do PE). Ademais, o acréscimo dessas informações estenderia os roteiros e a solicitação unânime das profissionais foi justamente de reduzi-los. No entanto, a sugestão fica registrada e será considerada ao longo da implantação da SAE/PE em todos os setores da maternidade, sendo perfeitamente coerente a utilização dos dados do CLAP na anamnese realizada na admissão da mulher/parturiente na instituição.

As enfermeiras também destacaram que a SAE é muito importante para o resgate da enfermagem na assistência direta a clientela. E colocaram que o número de leitos no setor somados as atividades de supervisão de responsabilidade das mesmas dificultam um desenvolvimento satisfatório desse atendimento.

Alegações como falta de profissionais e área de conhecimento nova aparecem como as principais justificativas da categoria para as dificuldades na implementação da SAE no Brasil (REPPETTO; SOUZA, 2005). A pesquisadora concorda com Paim (1979, p. 68) quando afirma que “essas dificuldades precisam significar o desafio suficiente aos estudos para adaptação, substituição, sem desvalorização da proposta teórica inicial”.

Concomitante a Quinta Etapa a pesquisadora forneceu material bibliográfico sobre o exame físico de puérperas e recém nascidos em impressos e CD ROOM. Em seguida, foi realizada uma exposição sobre os assuntos com cada uma das enfermeiras do setor de forma a responder uma solicitação/demanda da coordenadora da maternidade.

O exame físico é um procedimento de grande relevância. Possibilita que a enfermeira avalie as condições gerais e específicas da clientela, elaborando com maior precisão os diagnósticos de enfermagem, identificando as necessidades do indivíduo, família e/ou comunidade e as ações necessárias para atendê-las de uma

forma individualizada. Sendo assim, propicia à enfermeira condições para tomar decisões mais seguras e corretas acerca dos cuidados com o ser humano, inclusive, antecipando e controlando possíveis complicações (SILVA; NASCIMENTO, 2000).

O conhecimento das particularidades anatômicas e fisiológicas dos indivíduos é imprescindível para a realização do exame físico. Ao comparar as características apresentadas, no caso do referido estudo, pela puérpera e pelo RN examinados com os padrões considerados normais, a enfermeira poderá verificar anormalidades, construir um diagnóstico e determinar intervenções apropriadas (POTTER; PERRY, 2006).

Buscou-se conduzir esse momento de acordo com a pedagogia da autonomia de Paulo Freire. Foram esclarecidas dúvidas a respeito de alguns pontos dos roteiros. Porém, o desejo não consistia em puramente treinar as enfermeiras no desempenho de destrezas e transferir conhecimentos, e sim criar possibilidades para que as mesmas se percebessem enquanto sujeito da produção e construção de seu próprio conhecimento e não reduzidas à condição de objeto da atividade (FREIRE, 2003).

Optou-se, então, por realizar uma conversa sobre o exame físico do RN e da puérpera, ressaltando os pontos anatômicos e fisiológicos de relevância, a partir da vivência experienciada pelas enfermeiras no seu cotidiano. Para tanto, adotou-se uma postura de escuta ativa, pois, é escutando que se aprende a falar com as pessoas; somente quem escuta pacientemente e criticamente o outro fala com ele. A escuta é uma possibilidade permanente para a abertura da fala do outro, do gesto e das diferenças do outro (FREIRE, 2003).

Os resultados do estudo indicam que a educação deve ser continuada, uma vez que, para que o PE seja utilizado na prática de forma eficiente e eficaz, ele deve estar norteado por uma teoria que carece estar bem compreendida, para que seja vivenciada.

Ao longo dos anos alterações nas ações da enfermagem são visualizadas diante das necessidades dos serviços de saúde. Houve um afastamento gradativo dessa profissional da assistência direta à clientela e sua inserção gradativa nas atividades de gerenciamento do cuidado e da unidade do trabalho. Além disso, por muitos anos, o tipo de organização dos serviços fundamentou-se em uma estrutura rígida, com funções rotineiras e pouco desafiadoras. Dentro desse contexto, a enfermagem conformou-se, basicamente, com uma cultura do 'fazer' sem, no

entanto, refletir acerca de novas possibilidades do ser e agir na prática profissional cotidiana assistencial e gerencial (CHIRELLI et al., 2009).

O primeiro desafio, então, para o alcance do atendimento integral é reestruturar a configuração na qual os estabelecimentos e organizações do setor saúde têm trabalhado até os dias atuais. A mudança dessas práticas de saúde precisa acontecer em dois níveis. O primeiro, a nível institucional, está relacionado com a organização e articulação dos serviços de saúde. O segundo trata das práticas dos profissionais de saúde (CHIRELLI et al., 2009).

A implementação da SAE consiste somente no início de um processo lento, dinâmico e gradual, que pressupõe a superação de resistências, temores, crenças e barreiras associadas à política e filosofia institucional e de enfermagem (BACKES; SCHWARTZ, 2005).

Entretanto, descrito habitualmente passo a passo, o PE é visto por alguns como uma forma excessivamente normativa de exercer as competências profissionais da categoria (Garcia, 1996). Provavelmente, essa é uma consequência da maneira como é ensinado/aprendido ao longo da formação profissional acadêmica, com supervalorização do método, em detrimento do cerne, naturalidade e espontaneidade do processo de cuidar; o que contribui para sua incompreensão, desvalorização e/ou negação na prática assistencial diária (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

A metodologia de escolha, portanto, para o desenvolvimento do processo é de fundamental importância, tendo em vista que a sua construção, de forma lenta, gradual e dinâmica, supõe uma mudança de significâncias no modo de ser, agir e compreender/apreender a função da enfermeira na assistência (BACKES; SCHWARTZ, 2005).

Julga-se necessário que a enfermagem perceba a imperiosidade de documentar suas ações e registrar os sinais e sintomas apresentados pela clientela que a mesma observa e os problemas que identifica para dar subsídio às ações a serem implementadas (LIMA et al., 2006).

Por isso, não basta apenas implementar a SAE/PE nas instituições, é imprescindível, também, instituir uma filosofia comprometida com os processos de melhoria contínua, no sentido de assegurar aos indivíduos, família e comunidade um cuidado com qualidade e humanização.

## 5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo tratamos apenas do histórico de enfermagem, mais especificamente do exame físico. Todavia, conhecendo a importância das demais etapas, percebe-se ser esse o início das futuras mudanças e propostas para concretizar a implementação da SAE/PE em maternidades, especialmente no local da pesquisa em tela.

A experiência de elaborar e validar um instrumento de coleta de dados permitiu apreender de maneira mais abrangente a importância do processo de sistematização dessa etapa, uma vez que a mesma poderá proporcionar economia de tempo e praticidade para a categoria, bem como subsidiar a elaboração de um plano assistencial individualizado e holístico, além de disponibilizar uma base de dados completa a respeito da clientela, colaborando com o trabalho da equipe multiprofissional.

Considera-se que o aperfeiçoamento e refinamento dos roteiros de exame físico elaborados para a puérpera e para o RN foi oportunizado, possibilitando a adequação, pertinência, abrangência e especificidade dos mesmos, podendo facilitar a identificação das necessidades humanas básicas da clientela e a priorização das mesmas de forma hierárquica na construção, futura, de um plano assistencial. O desenvolvimento do estudo permitiu ainda indicar que para proporcionar uma assistência individualizada e de qualidade é necessário que o exame físico seja incorporado à rotina de cuidados diários.

Entre os pontos facilitadores para o desenvolvimento do estudo destaca-se a parceria com a coordenação da instituição e da unidade que a disponibilizou de forma ilimitada, viabilizando que os objetivos da pesquisa fossem alcançados. Essa parceria fortalece a articulação academia-serviço e vislumbra superar a percepção da existência de uma relação dicotômica entre a teoria e a prática, bem como re-significar o serviço como um espaço de cuidado e educação.

Ressalta-se a importância do processo ser fundamentado em uma teoria, em especial na Teoria das NHB de Horta, uma teórica brasileira que desenvolveu uma teoria adaptada aos nossos costumes e cultura.

Evidenciou-se a importância da utilização da pesquisa convergente assistencial para o desenvolvimento do estudo como um método que dá visibilidade ao saber-fazer da Enfermagem e reforça a prática de assistir e pesquisar em

enfermagem para melhoria da qualidade da assistência e da formação profissional. A metodologia utilizada possibilitou a interação entre pesquisadora e enfermeiras da instituição de modo a ampliar a compreensão das dificuldades e potencialidades das enfermeiras para realização da primeira etapa do PE.

Nesse contexto, delimitaram-se problemas que podem ser melhor explorados, a partir da realização de novos estudos no sentido de dar continuidade a elaboração de roteiros de coleta de dados para os demais setores da maternidade para fortalecer a implementação do PE como um todo e avaliar, através da realização de um grupo focal, o trabalho desenvolvido até o presente momento.

A socialização dos resultados da pesquisa é almejado, tanto com as participantes do estudo e com o local do estudo, quanto com a comunidade científica através de publicação em periódico.



## REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5º ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- ANDRADE, J. S. de; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev. Bras Enferm**, maio - jun; 58(3): 261-265, 2005.
- BACKES, D. S.; SCHWARTZ, E. Implementação da Sistematização de Assistência de Enfermagem: Desafios e Conquistas do Ponto de Vista Gerencial. **Ciência, Cuidado e Saúde**; Maringá, 2005; maio/ago, v. 4, n. 2, p. 182-188.
- BEZERRA, L. G. **Enfrentando desafios**. São Paulo: CDU, 1996.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001. 202p.
- CARRARO, T. E.; KLETEMBERG, D. F.; GONÇALVES, L.M. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. **Rev. Bras Enferm**; 2003, 56(5): 499- 501.
- CARVALHO, E.C, et al. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. Goiás**, v.11, n. 3, 466p., 2009. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>>. Acesso em: 17 out. 2009.
- CARVALHO, E. M. de; BACHION, M. M.; DALRI, M; C. B.; JESUS, C. A. da C. de. Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil. **Rev. enferm UFPE**; 2007, jul./set.; 1(1):95-99.
- CHIRELLI, M. Q. et al. A implementação da sistematização da Assistência de Enfermagem no Serviço de Saúde Hospitalar do Brasil. **Texto Contexto Enferm**; Florianópolis, 2009; Abr-Jun; 18(2): 280-9.
- CIAMPONE, M. H. T.; SILVA, A. L. da. Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem - um caminhar para o cuidado complexo. **Rev. Esc. Enferm USP**; 2003, 37(4): 13-23.
- Conselho Federal de Enfermagem, **Resolução COFEN 159/1993**. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 1983.
- Conselho Federal de Enfermagem, **Resolução COFEN 272/2000**. Dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem — SAE. Rio de Janeiro: COFEN; 2000.
- CUNHA, S. M. B.; BARROS, A. L. B. L. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. **Rev. Bras Enferm**; 2005, Set - Out; 58(5):568-72.

DANIEL, L. F. **Enfermagem: modelos e processos de trabalho**. São Paulo: EPU, 1987.

FIGUEIREDO, R. M. de; ZEM-MASCARENHAS, S. H.; NAPOLEÃO, A.A.; CAMARGO, A. B. de. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc. Enferm USP**; 2006, 40(2): 299-303.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FREITAS, M.C, et al. O Processo de Enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 60, n°. 2, Abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 fev. 2011.

GARCIA, T. R. **Cuidando de adolescentes grávidas solteiras**. Ribeirão Preto, 1996. 256p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: **52º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda – PE, 2000.

GARCIA, T.R, et al.. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 3, n. 2, ago. 2004. Disponível em < [http:// www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm)>. Acesso em: 17 out. 2010.

GARCIA, T.R, et al.. Processo de Enfermagem: Da Teoria à Prática Assistencial e de Pesquisa. **Escola Anna Nery Rev. Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p. 188 – 193, mar, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a01.htm>>. Acesso em: 17 out. 2009.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas S.A., 1999.

HENDERSON, V. On nursing care plans and their history. **Nursing Outlook, New York**, v.21, n.6, p.378-379, June 1973.

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

HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES. **Web Site do Hospital Risoleta Tolentino Neves**, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.hrtn.fundep.ufmg.br/>>. Acesso em: 17 out. 2009.

HOUASSIS, A; VILLAR, M.S. **Dicionário Houassis da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2825 p.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MINAYO, M. C. S. de, SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementaridade. **Cad. Saúde pública**; Rio de Janeiro; 9(3): 239-262, jul/set, 1993.

LACERDA, M. R.; GIACOMIZZI, C. M.; PRZENYCZA, R.A.; CAMARGO, T. B. de. Pesquisa-ação, pesquisa convergente assistencial e pesquisa cuidado no contexto da enfermagem: semelhanças e peculiaridades. **Rev. Eletr. Enf.** 10(3): 843-8, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a31.htm>>. Acesso em: 13 out. 2010.

LEAL, M.C.; OLIVEIRA, M.I.C. Alojamento conjunto e parto cesáreo no Estado do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**; 1997, 31: (6), p. 572-580.

Lei nº 7498 — Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. 1986, **Publicada no Diário Oficial da União**, Brasília (DF); Seção 1 de 25 de junho de 1986.

LEMOS, R. C. A. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico: Proposta de Instrumento de Coleta de Dados. **Texto Contexto Enferm**; Florianópolis, 2006; Out-Dez; 15(4): 617-28.

LIMA et al. Proposta de instrumentos para coleta de dados de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva fundamentado em Horta. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 349 - 357, 2006. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a05.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a05.htm). Acesso em: 29 jan. 2011.

LO-BIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**. 4ªed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2001.

McCLOSKEY, J. C.; BULECHECK, G. M. **Classificação de intervenções de enfermagem (NIC)**. Tradução de Regina Garcez. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1089 p. Original inglês.

MINAYO, M. C. S. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.(org.) **Pesquisa Social: Teoria, Método e Critividade**. 4ªed. Petrópolis: Editora Vozes. 1994. cap.1, p.9-30.

NASCIMENTO, K. C. do; BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Sistematização da Assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enferm USP**; 2008, 42(4): 643-8.

PAIM, L. Questões e mitos acerca de modelos de assistência de enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 31, Fortaleza, 1979. **Anais**. Brasília: ABEN, 1979. p.62-69.

PIVOTO, et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. **Acta Paul Enferm**; 2010, 23(5): 665-70.

POKORSKI, S. et al. Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, Jun. 2009. Disponível em:

< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 out. 2009.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

REPPETO, M.A, et al. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Rev. Bras Enferm**; vol.58, n.3, Mai/Jun.Brasília, 2005. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300014&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 12 mar. 2001.

SALGADO, P. de O. **Identificação e Mapeamento dos Diagnósticos e Ações de Enfermagem de Pacientes Internados em uma UTI - Adulto**. BH, 2010. 129p.

SALVIANO, M. E. M. **Transplante hepático: diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA em pacientes no pós-operatório na unidade de internação**. BH, 2007. 140p.

SANTOS, I; FIGUEIREDO, N. M. A.; DUARTE, M. J. R. S.; SOBRAL, V. R. S.; MARINHO, A.M. **Enfermagem fundamental: realidade, questões e soluções**. Vol. 1. São Paulo (SP): Atheneu; 2002.

SCOCHI et al. O alojamento conjunto em hospitais maternidade no município de ribeirão preto: análise da assistência. **Acta Paul. Enf.**; V. 9, n.3 set/dez. 1996.

SILVA E.M.; GOMES, E. L.R.; ANSELMINI, M.L. Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. **Rev. Lat. Am Enferm**, 1(1): 59-63, 1993.

SILVA, F. A. C.; NASCIMENTO, M. J. P. Importância do exame físico do recém-nascido para o planejamento da assistência de enfermagem. **Rev. Enferm UNISA**; 1: 82-6, 2000.

SILVA, I. A.; SOARES, A. V. N. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. **Rev. Esc. Enferm USP**, 37(2): 72-80, 2003.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial**. 2ªed. revisada e ampliada. Florianópolis: Editora da UFSC; 2004.

WILLIG, M. H. **Cuidar/Gerenciar: possibilidades de convergência no discurso coletivo das enfermeiras**. Curitiba, 2004. 131p.

## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do projeto: **A ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM ROTEIRO DE COLETA DE DADOS EM ALOJAMENTO CONJUNTO**: contribuições da articulação ensino-serviço

**Pesquisador responsável:** *Kleyde Ventura de Souza*

O objetivo desse estudo é validar e implantar um instrumento de coleta de dados de enfermagem em alojamento conjunto, visando a implementação do processo de enfermagem.

O presente estudo será realizado através do desenvolvimento de cinco etapas que seguirão a trajetória metodológica realizada no estudo de Lima et al (2006), com adaptações. Assim, foram definidas cinco etapas:

**Primeira etapa:** elaboração dos instrumentos denominados de roteiro de exame físico da puerpera e roteiro de exame físico do RN.

**Segunda etapa:** a validação de aparência e conteúdo.

**Terceira etapa:** refinamento dos itens do instrumento de coleta de dados.

**Quarta etapa:** acompanhamento junto ao setor de Tecnologia da Informação do HRTN da inserção dos instrumentos no sistema eletrônico.

**Quinta etapa:** acompanhamento da realização do exame físico pelas enfermeiras do setor de AC e do registro dos dados nos roteiros inseridos no sistema eletrônico.

#### **Os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;**

Não foram detectados riscos referentes ao desenvolvimento do estudo. Para alcançar os objetivos propostos neste estudo será necessária a aplicação do rigor metodológico para não incorrer riscos para a pesquisadora e os informantes.

Os benefícios incluem o trabalho conjunto academia serviço; a probabilidade de implantação do Processo de Enfermagem e melhoria da qualidade de assistência, cujas repercussões atingirão a equipe de enfermagem e as usuárias e seus bebês.

**Plano de Acompanhamento e Orientação:**

O plano de acompanhamento e orientação será realizado de forma direta e indireta. Sob a forma direta, os acompanhamentos ocorrerão no local de implementação do projeto, ou seja, no setor de maternidade do HRTN. Outra forma incluirá a realização de reuniões mensais, exclusivamente, com esta finalidade. A linha de condução destes encontros compreenderá discussões e reflexão sobre a prática, indicações de leitura e orientação para produção de relatórios.

**Justificativa:**

A justificativa do estudo baseia-se na importância de melhor instrumentalizar as enfermeiras, particularmente para o desenvolvimento de atividades que lhes são exclusivas, como o exame físico e o Processo de Enfermagem. Logo, espera-se que este estudo possa contribuir para o fortalecimento da proposta de implantação da SAE no HRTN.

**Garantia de Esclarecimento, liberdade de recusa e garantia de sigilo:**

- Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar.
- Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.
- A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.
- O pesquisador irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo.
- Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais.
- Uma cópia deste consentimento informado será arquivada pela pesquisadora responsável dessa pesquisa e outra será fornecida a você.

**Custos da participação, ressarcimento e indenização por eventuais danos:**

A participação no estudo não acarretará custos a você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Em caso de haver gastos de tempo, transporte, alimentação ou outros, deve ser prevista uma compensação financeira que devesse ser calculada de acordo com gastos reais da participante.

**Declaração da participante:**

Declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim desejar.

A pesquisadora responsável **Kleyde Ventura de Souza** certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei consultar a pesquisadora responsável no telefone: (31) 9988-9003 e o Comitê de Ética e Pesquisa - COEP/UFMG – Unidade Administrativa II, 2º andar, sl 2005 – Campus Pampulha - Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 – Belo Horizonte – MG, Cep:31270-901. Telefax: 3409-4592.

Declaro também que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia desse termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

---

Assinatura do participante

Belo Horizonte , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

**Declaração da pesquisadora responsável:**

Eu, **Kleyde Ventura de Souza**, declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para participação nesse estudo.

---

Assinatura do pesquisador responsável pelo projeto

Belo Horizonte , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

## APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA



### EXAME FÍSICO DA PUÉRPERA

**Avaliador:**

Nome: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Prontoário: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA OBSTÉTRICA**

Parto: ( ) Normal ( ) Cesárea ( ) Fórceps G\_\_A\_\_P\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_ Hora: \_\_: \_\_ h Idade Gestacional: \_\_ Semanas \_\_ Dias

Tamanho do RN: ( ) AIG ( ) GIG ( ) PIG

Evolução do Trabalho de Parto:

---



---



---



---

**ESTADO GERAL**

( ) Corada ( ) Hipocorada \_\_\_\_ (+) ( ) Hidratada ( ) Desidratada \_\_\_\_ (+) ( ) Anictérica ( ) Ictérica \_\_\_\_ (+)  
 ( ) Acianótica ( ) Cianótica \_\_\_\_ (+) ( ) Consciente ( ) Alerta ( ) Orientada ( ) Sonolenta ( ) Inconsciente  
 ( ) Sedada ( ) Confusa ( ) Prostrada ( ) Deambulando ( ) Restrita ao leito

**Alimentação/Hidratação:**

( ) Boa Aceitação ( ) Falta de Apetite ( ) Rejeição

**SEGURANÇA EMOCIONAL**

( ) Tranquila ( ) Alegre ( ) Preocupada ( ) Ansiosa ( ) Desaminada ( ) Triste ( ) Deprimida

**Vínculo Entre Mãe e Filho:** ( ) Bom ( ) Prejudicado

**Comunicação:** ( ) Comunicativa ( ) Pouco Comunicativa ( ) Não Comunicativa

**SINAIS VITAIS**



TAX: \_\_\_\_ °C Pulso: \_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_ irpm PA: \_\_\_\_ x \_\_\_\_ mmHG

Dor: \_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Intensidade: \_\_\_\_ (0 a 6)

### **TÓRAX/MAMAS**

---

Consistência: ( ) Flácidas ( ) Túrgidas ( ) Ingurgitadas/dolorosas ( ) Com nódulos [E / D/ A]

Presença de Colostro: ( ) Sim ( ) Não [E / D/ A]

Presença de Leite: ( ) Sim ( ) Não [E / D/ A]

Mamilos: ( ) Protusos ( ) Planos ( ) Invertidos ( ) Pseudo-invertidos ( ) Hiperprotusos [E / D/ A]

Aspecto: ( ) Íntegros ( ) Sensíveis ( ) Presença de Fissuras ( ) Escoriados

Especificar: \_\_\_\_\_

Drenagem de secreções: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

Sinais Flogísticos: ( ) Não ( ) Edema ( ) Rubor ( ) Calor ( ) Dor

Especificar local: \_\_\_\_\_

Ausculta Cardíaca: \_\_\_\_\_

Ausculta Pulmonar: \_\_\_\_\_

### **ABDOME**

---

Consistência: ( ) Flácido ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Dolorido

Ruídos Hidroaéreos: ( ) Sim ( ) Não

Incisão Cirúrgica: ( ) Sim ( ) Não

Sinais flogísticos: ( ) Não ( ) Edema ( ) Rubor ( ) Calor ( ) Dor

Drenagem de Secreção: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

Especificar tipo: \_\_\_\_\_

### **ÚTERO**

---

Altura uterina: ( ) Acima da cicatriz umbilical ( ) Altura da cicatriz umbilical ( ) Abaixo da cicatriz umbilical

Consistência uterina: ( ) Firme/Contraído ( ) Macio/Atônico

### **PERÍNEO**

---

Vulva: ( ) Sem anormalidades ( ) Edema ( ) Varizes ( ) Hematoma

Episiotomia: ( ) Sim ( ) Não Laceração: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Sinais flogísticos: ( ) Não ( ) Edema ( ) Rubor ( ) Calor ( ) Dor

Drenagem de secreção: ( ) Sim ( ) Não

Especificar tipo: \_\_\_\_\_

Bordas: ( ) Aproximadas ( ) Afastadas ( ) Necrosadas ( ) Não se aplica

Presença de Hemorróidas: ( ) Sim ( ) Não

### **LÓQUIOS**

---

Tipo: ( ) Rubros ( ) Serosos ( ) Brancos

Odor: ( ) Fisiológico ( ) Fétido

Volume: ( ) Escasso ( ) Fisiológico/moderado, ( ) Volumoso/aumentado, ( ) Hemorrágico

### **MEMBROS**

---

#### **MMSS**

Sinais flogísticos: ( ) Não ( ) Edema ( ) Rubor ( ) Calor ( ) Dor

Acesso Venoso Periférico: ( ) Sim ( ) Não ( ) MSE ( ) MSD

#### **MMII**

Sinais flogísticos: ( ) Não ( ) Edema ( ) Rubor ( ) Calor ( ) Dor

Sinal de Homans: ( ) Positivo ( ) Negativo

### **ELIMINAÇÕES**

---

Diurese: ( ) Espontânea ( ) Estimulada ( ) SVA ( ) SVD ( ) Fralda ( ) Coletor ( ) Disúria ( ) Anúria

Quantidade: \_\_\_\_\_ ml no período de \_\_\_\_\_ horas

Aspecto: ( ) Fisiológico ( ) Concentrada ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Intestinal: ( ) Presente ( ) Ausente Há quantos dias? \_\_\_\_\_

Aspecto: ( ) Fisiológico ( ) Líquidas ( ) Semi-líquidas ( ) Pastosa ( ) Melena ( ) Endurecidas

**OBSERVAÇÕES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA  
 DISCIPLINA ENFERMAGEM DA MULHER E DO RECÉM-NASCIDO



### EXAME FÍSICO DO RECÉM NASCIDO

**Avaliador:** \_\_\_\_\_

**RN :** \_\_\_\_\_ **Religião dos pais:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Prontuário:** \_\_\_\_\_

**Mãe:** \_\_\_\_\_

#### SINAIS GERAIS

( ) calmo    ( ) sonolento    ( ) agitado    ( ) Irritado    ( ) apático (resposta a estímulos)

#### SINAIS VITAIS

Temperatura: \_\_\_\_\_ °C                    (valores de referência: 36,5 a 37,5)

Pulso: \_\_\_\_\_ bpm                            (valores de referência: 120 a 160 bpm)

Frequência respiratória: \_\_\_\_\_ irpm    (valores de referência: 30 a 60 irpm)

#### DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Tamanho do RN: ( ) AIG    ( ) PIG    ( ) GIG

Comprimento: \_\_\_\_\_ cm                    (valores de referência: 45 a 55 cm).

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ g. (valores de referência: BP < 2500g; muito BP < 1500g; extremo BP < 1000g).

Peso atual: \_\_\_\_\_ g.

Circunferência da cabeça: \_\_\_\_\_ cm. (valores de referência: 33 a 35 cm).

Circunferência do tórax: \_\_\_\_\_ cm. (valores de referência: 30 a 33cm. Em geral do mesmo tamanho ou 2,5cm menor que o comprimento da cabeça)

#### REFLEXOS

( ) Apreensão palmar

( ) Apreensão plantar

( ) Babinski

( ) Busca

( ) Moro

( ) Marcha

( ) Sucção

**CABECA**Crânio:  Liso  Com abaulamentos ou retraçãoFontanela anterior :  Presentes  AusentesFontanela posterior :  Presentes  Ausentes**FACE** Simétrica  Assimétrica

Especificar: \_\_\_\_\_

**OLHOS**Simétricos -  Sim  NãoSecreções -  Não  Sim

Outros: \_\_\_\_\_

**NARIZ**Lesão :  Não  SimSecreção :  Não  Sim

Outros: \_\_\_\_\_

**BOCA**Lábios: íntegros -  Sim  NãoSimétricos -  Sim  NãoRosados -  Sim  NãoLesão -  Não  SimÚmida -  Sim  NãoPalato: íntegros -  Sim  Não**ORELHAS**Alinhada com o canto externo dos olhos:  Sim  NãoLesão:  Não  Sim \_\_\_\_\_Secreção no canal auditivo:  Não  Sim \_\_\_\_\_**TÓRAX**Simétrico :  Sim  NãoMamilos : Perceptíveis -  Sim  NãoSecreções -  Não  SimSupranumerários  Não  Sim

**DORSO**

Coluna vertebral com contornos normais ( ) Sim ( ) Não

**ABDOME**

Sinais flogísticos no coto umbilical: ( ) Não ( ) Edema ( ) Rubor ( ) Calor ( ) Dor

Abdome distendido: ( ) Não ( ) Sim

Presença de massas: ( ) Não ( ) Sim

**GENTÁLIA****Masculina**

Meato urinário central : ( ) Sim ( ) Não

Bolsa escrotal simétrica: ( ) Sim ( ) Não

Presença de fistulas na região anal: ( ) Não ( ) Sim

Testículos Palpáveis: ( ) Sim ( ) Não

**Feminina**

Grandes e pequenos lábios simétricos: ( ) Sim ( ) Não

Secreção vaginal presente: ( ) Sim ( ) Não

Sangramento vaginal presente : ( ) Sim ( ) Não

Presença de fístulas na região anal : ( ) Não ( ) Sim

**MEMBROS****MMSS**

Simétricos: ( ) Sim ( ) Não

Boa amplitude de movimentos: ( ) Sim ( ) Não

Quantos dedos: ( ) 5 dedos ( ) Polidactilia ( ) Sindactilia

Especificar: \_\_\_\_\_

**MMII**

Simétricos: ( ) Sim ( ) Não

Boa amplitude de movimentos: ( ) Sim ( ) Não

Pés simétricos e com boa amplitude de movimentos: ( ) Sim ( ) Não

Quantos dedos: ( ) 5 dedos ( ) Polidactilia ( ) Sindactilia

Especificar: \_\_\_\_\_

**Manobra de Ortolani:**

Presença de sons durante a manobra: ( ) Sim ( ) Não

Como realizar a manobra:

- 1- Coloque o bebê em decúbito dorsal e flexione os quadris e os joelhos até 90° com os quadris.
- 2- Segure a face interna das coxas e abduza os quadris ( em até 180°) enquanto aplica pressão para cima.
- 3- A presença de “estalo” ou “clique” durante a manobra indica que a cabeça do fêmur bate contra o acetábulo, sugerindo displasia de desenvolvimento do quadril.

**PELE**

Cor : ( ) Azulada ou pálida

( ) Braços e pernas pálidos ou azulados

( ) Corpo rosado

( ) Totalmente rosado

( ) Icterícia/Especificar:

Estado: ( ) Pegajosa, friável, transparente

( ) Gelatinosa, vermelha, translúcida

( ) Lisa, rosada; vasos sanguíneos

( ) Descamação superficial ou exantema; poucos vasos visíveis

( ) Rachadura; áreas de palidez, raros vasos visíveis

( ) Semelhante a pergaminho; rachaduras profundas; nenhum vaso visível

( ) Coriácea, rachada, enrugada

**AMAMENTAÇÃO**

Contato pele a pele na primeira hora do parto ( ) Sim ( ) Não

Sob livre demanda ( ) Sim ( ) Não

Boa Pega ( ) Sim ( ) Não

Boa sucção ( ) Sim ( ) Não

Boa posição ( ) Sim ( ) Não

Solta o peito por vontade própria ( ) Sim ( ) Não

**OBSERVAÇÕES:**


---



---



---

## ANEXO 1



Belo Horizonte, 07 de junho de 2010

**Processo Nº. 12/10**

**TÍTULO: APERFEIÇOAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM ROTEIRO DE COLETA DE DADOS EM ALOJAMENTO CONJUNTO: contribuições da articulação ensino-serviço.**

Pesquisadora: Kleyde Ventura de Souza

O projeto acima referenciado tem como proposta aperfeiçoar instrumentos de exame físico direcionados à Puérpera e ao Recém-nascido, em alojamento conjunto, visando a implementação do Processo de Enfermagem (PE) e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), melhorando o vínculo de integração da Instituição de ensino Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN).

Após a leitura e análise do projeto em questão, esta Comissão de Pesquisa reconhece o mérito do trabalho, sua importância e relevância para o HRTN, diante da necessidade da Sistematização do Processo de Enfermagem dentro da Instituição.

A determinação desta Comissão é favorável à liberação do Projeto de Pesquisa, entretanto, é importante ressaltar a preocupação em relação à quantidade de informações contidas no Roteiro de coleta de dados a ser preenchido pela enfermagem, visto que uma das principais dificuldades para a aplicação do Processo de Enfermagem na prática é justamente o excesso de informações a serem preenchidas diariamente por este profissional.

Alexandre de Sousa Bastos  
Membro do Colegiado do Núcleo de Ensino e Pesquisa

## ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

### PARECER SOBRE PROJETO DE PESQUISA

**Título do projeto:** "Aperfeiçoamento e implementação de um roteiro de coleta de dados em alojamento conjunto: contribuições da articulação ensino-serviço".

**Interessados:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Kleyde Ventura de Souza, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tânia Couto Machado Chianca, Enf<sup>ª</sup>. Rita Gonçalves de Souza, Enf<sup>ª</sup>. Rosângela de Jesus Lima, Acadêmica de Enfermagem Carla Lima Ribeiro

**Descrição do projeto:** Trata-se de um projeto de pesquisa do tipo convergente assistencial que tem como objetivo geral aperfeiçoar instrumentos de exame físico direcionados à puérpera e ao recém-nascido em alojamento conjunto, visando a implementação do processo de enfermagem e a Sistematização da Assistência de enfermagem. O estudo será desenvolvido na maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) e faz parte da articulação entre instituição de ensino e serviço de saúde buscando a qualificação da assistência de enfermagem e produção de conhecimento. Serão convidadas a participar do estudo todas as enfermeiras que atuam (atualmente em número de 13) na maternidade do HRTN e possuam experiência em Alojamento Conjunto de pelo menos um ano. O estudo foi organizado em seis etapas como descrito:

**Etapa 1:** reavaliação dos instrumentos existentes - utilizando-se dois formulários para reavaliação dos atuais instrumentos, sendo um de Exame Físico da Puérpera e outro do Recém-nascido

**Etapa 2:** validação de aparência e conteúdo

**Etapa 3:** refinamento dos itens do instrumento de coleta de dados

**Etapa 4:** acompanhamento da informatização do instrumento no sistema do HRTN

**Etapa 5:** acompanhamento da utilização do instrumento e do registro no sistema de informações pelas enfermeiras

Aprovado em reunião de Câmara Departamen-  
 tal do EMI em: 14 / 06 / 2010.

  
 Prof.ª Clara de Jesus Marques Andrade  
 Chefe Depto. Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública  
 Inscrição UPMG 11295X



**Etapa 6:** avaliação do processo de reelaboração, validação, refinamento dos itens do instrumento e do registro dos dados nos roteiros. Para tal utilizar-se-á de Grupos Focais.

Para os dados obtidos a partir dos formulários de avaliação dos instrumentos de exame físico, será analisado a partir de frequência simples e para aqueles obtidos por meio do Grupo focal, utilizar-se-á a análise de conteúdo na modalidade temática conforme proposto por Bardin (1977).

Os aspectos éticos estão sustentados pela Resolução 196/96 do conselho Nacional de Saúde, expressos no Projeto pela abordagem e esclarecimentos a serem feitos pelas pesquisadoras aos informantes quando da coleta de dados, pelo TCLE, pela solicitação de autorização para realização do estudo na maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves e pela previsão de encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

**Mérito e análise do projeto:** Há que se destacar a relevância do estudo pela possibilidade de articulação ensino-serviço e pelo seu potencial de contribuir na qualificação da assistência de enfermagem. O projeto atende aos aspectos éticos, apresenta coerência teórica e metodológica e o objetivo proposto é passível de ser atendido.

**Conclusão:** Diante do exposto sou pela **aprovação** do projeto de pesquisa "Aperfeiçoamento e implementação de um roteiro de coleta de dados em alojamento conjunto: contribuições da articulação ensino-serviço", smj da Câmara Departamental.

Belo Horizonte, 14 de junho de 2010,

  
Prof. Dra. Elysângela Dittz Duarte

Relatora do parecer pela Câmara Departamental do EMI