



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

FABÍOLA NUNES DE SÁ

**TECNOLOGIA PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PACIENTES
INTERNADAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA MATERNA**

FORTALEZA - CEARÁ

2020

FABÍOLA NUNES DE SÁ

**TECNOLOGIA PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PACIENTES
INTERNADAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA MATERNA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Ceará (UFC), em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno

**FORTALEZA - CEARÁ
2020**

FABÍOLA NUNES DE SÁ

**TECNOLOGIA PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PACIENTES
INTERNADAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA MATERNA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde Materno-Infantil.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Joselany Áfio Caetano
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S112t Sá, Fabíola Nunes de.
Tecnologia para assistência de enfermagem às pacientes internadas em uma unidade de terapia intensiva materna / Fabíola Nunes de Sá. – 2020.
177 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2020.
Orientação: Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno.
1. Processo de Enfermagem . 2. Gestante. 3. Puerpera. 4. Unidade de terapia intensiva. I. Título.
CDD 610
-

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHU	Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários
CEBM	Centro de Medicina Baseada em Evidências
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DE	diagnóstico de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EBSCO	Health Source
HU	Hospitais Universitários
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line
MeSH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
NHB	Necessidades Humanas Básicas
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i> (
NOC	<i>Nursing Outcome Classification</i> ()
NV	nascidos vivos
PBE	pesquisa baseada em Evidências
PE	Processo de Enfermagem
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis</i>
RMM	Razão da Mortalidade Materna
SHEG	Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação
SPSS	<i>software Statistical Package for Social Science</i>
UCIM	Unidade de Cuidados Intensivos Maternos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
HE	Histórico de Enfermagem

LISTA DE TABELA

Tabela 1	Distribuição dos dados sociodemográficos dos avaliadores. Fortaleza-CE, Brasil, 2020	51
Tabela 2	Distribuição dos dados do perfil profissional dos avaliadores. Fortaleza-CE, Brasil, 2020	52
Tabela 3	Distribuição dos dados da participação dos avaliadores em pesquisa sobre a temática do estudo. Fortaleza-CE, Brasil, 2020....	53
Tabela 4	Distribuição dos dados da atuação no cuidado de Enfermagem à mulher em cuidados intensivos durante sua carreira profissional. Fortaleza-CE, Brasil, 2020.....	53
Tabela 5	Distribuição dos dados da validação de aparência do instrumento de coleta de dados/histórico de Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil, 2020	54
Tabela 6	Distribuição dos dados da validação de aparência do Plano de cuidado assistencial de Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil, 2020..	54
Tabela 7	Distribuição dos dados da validação de conteúdo dos aspectos gerais do instrumento de coleta de dados/histórico de Enfermagem. Fortaleza-CE, Brail, 2020	55
Tabela 8	Distribuição dos dados da validação geral de conteúdo da tecnologia do intrumento de coleta de dados / Histórico de Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil, 2020	56
Tabela 9	Distribuição dos dados da validação de conteúdo da tecnologia do plano de cuidados de Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil,	57

2020

Tabela 10	Distribuição dos dados da validação de conteúdo quanto ao Processo de Enfermagem, relevância e as necessidades humanas básicas. Fortaleza-CE, Brasil, 2020	58
Tabela 11	Distribuição dos dados em resumo da validação de conteúdo por necessidade, conforme as três dimensões das necessidades humanas básicas de Horta. Fortaleza-CE, Brasil, 2020	58

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Hierarquia das necessidades humanas básicas. Fortaleza-CE, 2020	21
FIGURA 2: Etapas do Processo de Enfermagem	24
FIGURA 3: Fluxograma - Etapas para execução do estudo. Fortaleza, Ceará, 2019	29
FIGURA 4: Fluxograma de seleção dos artigos para a revisão integrativa da literatura, elaborado a partir das recomendações PRISMA	41

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1	Classificação das necessidades humanas básicas por João Mohana. Fortaleza-CE, 2019	22
QUADRO 2	Descrição da estratégia PICO utilizada para a elaboração da questão de pesquisa. Fortaleza, 2020	31
QUADRO 3	Descritores controlados por plataforma de pesquisa. Fortaleza, 2020	32
QUADRO 4	Critério para avaliação de especialistas em Processo de Enfermagem. Fortaleza-CE, 2019	37
QUADRO 5	Estudos selecionados conforme objetivos da pesquisa. Fortaleza-CE, 2020	43
QUADRO 6	Diagnósticos de Enfermagem presentes nos estudos. Fortaleza-CE, 2020	44
QUADRO 7	Distribuição dos diagnósticos de Enfermagem que foram acrescentados para compor a 1ª versão do instrumento assistencial de Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil, 2020	49
QUADRO 8	Distribuição dos diagnósticos de Enfermagem que compõem a primeira versão do instrumento assistencial de Enfermagem, por necessidades humanas básicas e níveis de necessidade. Fortaleza-CE, Brasil, 2020	50

RESUMO

Desenvolver uma tecnologia para o cuidado de Enfermagem às pacientes internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Materna fundamentado nas necessidades humanas básicas. Para tanto, foi realizado um estudo metodológico, em quatro etapas: 1) Revisão Integrativa da literatura sobre o processo de Enfermagem para mulheres no ciclo gravídico puerperal em UTI materna; 2) Construção do histórico de Enfermagem direcionado para pacientes obstétricas em cuidados intensivos; 3) Adaptação do instrumento de Gomes (2016) para uso na UTI materna, com base nos resultados da revisão integrativa; 4) Validação de aparência e conteúdo do instrumento por juízes especialistas. A revisão integrativa seguiu as etapas propostas por Whittemore e Knafl (2005). A busca literária foi realizada aos pares com metodologia duplo-cego, nas bases de dados: LILACS, CINAHL e Scopus, com o uso dos descritores controlados: *pregnant women, pregnancy, nursing process, nursing diagnosis, standardized nursing terminology, intensive care units*; e na MEDLINE. Na segunda etapa foi editado e atualizado o histórico de Enfermagem do serviço, de forma a estruturar a coleta de dados com base nas necessidades humanas básicas que consta no modelo teórico proposto de Wanda Horta (2018), segundo as dimensões psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Na terceira etapa foi realizado um paralelo entre o instrumento de Gomes (2016) e o resultado da revisão integrativa da literatura, para identificar os itens do processo de Enfermagem presentes na revisão que complementam o instrumento, para a execução da versão da tecnologia a ser validada pelos especialistas. Na quarta etapa foi realizada validação de aparência e conteúdo por juízes especialistas em Processo de Enfermagem. O estudo respeitou os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos conforme determina a Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da MEAC, com parecer de número 4.145.669. Foram realizadas alterações do Histórico de Enfermagem, que contou com três seções: I. Identificação; II. Necessidades humanas básicas; III. Exame físico; e IV. Avaliação das necessidades humanas básicas. O Plano de Cuidado de Enfermagem à Gestante de Alto Risco foi reestruturado com 34 diagnósticos, organizados nas necessidades humanas básicas (psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais). A última etapa de validação pelos juízes ocorreu em um período total de 30 dias e de forma totalmente *online*, com a participação de 22 juízes obteve-se nível satisfatório de validação de aparência do instrumento de coleta de dados (IVC: 92,1) e da tecnologia assistencial (91,3%). Na validação de conteúdo, de forma semelhante à aparência, validou-se o instrumento de coleta de dados e a tecnologia assistencial, com 100% das tabelas atingindo nível satisfatório e com IVC 88,5 e 82,4, respectivamente. Assim, ao final foram consolidados 34 diagnósticos de Enfermagem e suas intervenções e ações de Enfermagem. Por meio deste estudo foi possível desenvolver um instrumento tecnológico para a assistência de Enfermagem às pacientes internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Materna fundamentado nas necessidades humanas básicas.

Palavras-Chave: Processo de Enfermagem. Gestante. Puérpera. Unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT

The objective was to validate a technology for nursing care for patients admitted to a Maternal Intensive Care Unit. To this end, a methodological study was carried out in four stages: 1) Integrative review of the literature on the Nursing process for women in the puerperal pregnancy cycle in a maternal ICU; 2) Construction of the Nursing history directed to obstetric patients in intensive care; 3) Adaptation of Gomes' instrument (2016) for use in the maternal ICU, based on the results of the integrative review; 4) Validation of the instrument's appearance and content by expert judges. The integrative review followed the steps proposed by Whittemore and Knafl (2005). The literary search was carried out in pairs with double-blind methodology, in the databases: LILACS, CINAHL and Scopus, using the controlled descriptors: pregnant women, pregnancy, nursing process, nursing diagnosis, standardized nursing terminology, intensive care units; and MEDLINE with the descriptors: pregnant women, pregnant woman, parturient, puerperal, nursing process, nursing care, nursing care management, patient care planning, nursing diagnosis, nursing interventions classification, intensive care units. In the second stage, the nursing history of the service was edited and updated, in order to structure the data collection based on the basic human needs contained in the proposed theoretical model of Wanda Horta (2018), according to the psychobiological, psychosocial and psycho-spiritual dimensions. In the third stage, a parallel was made between Gomes' instrument (2016) and the result of the integrative literature review, to identify the items of the Nursing process present in the review that complement the instrument, for the execution of the version of the technology to be validated by the experts. In the fourth stage, appearance and content validation was performed by expert judges in the Nursing Process. The study respected the ethical aspects of research involving human beings as determined by Resolution No. 466 of December 12, 2012, and was approved by the MEAC Research Ethics Committee (CEP), under number 4,145,669. Changes were made to the Nursing History, which included three sections: I. Identification; II. Basic human needs; III. Physical exam; and IV. Basic human needs assessment. The Nursing Care Plan for High-Risk Pregnant Women was restructured with 34 diagnoses, organized into basic human needs (psychobiological, psychosocial and psycho-spiritual). The last stage of validation by the judges occurred in a total period of 30 days and completely online, with the participation of 22 judges, a satisfactory level of validation of the appearance of the data collection instrument was obtained (IVC: 92.1) and assistance technology (91.3%). In the content validation, similarly to the appearance, the data collection instrument and the assistive technology were validated, with 100% of the tables reaching a satisfactory level and with CVI 88.5 and 82.4, respectively. Thus, at the end, 34 nursing diagnoses and their nursing interventions and actions were consolidated. Through this study it was possible to develop a technological instrument for nursing care to patients admitted to a Maternal Intensive Care Unit based on basic human needs.

Keywords: Nursing process. Pregnant. Postpartum. Intensive care unit.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo Geral	19
3.2 Objetivos Específicos	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas	20
3.2 Processo de Enfermagem	23
3.3 Tecnologias de apoio para execução do Processo de Enfermagem	26
4 MÉTODO	29
4.1 Construção do Histórico de Enfermagem da UTI Materna	33
4.2 Adaptação do Instrumento “ <i>Plano de Cuidado de Enfermagem à Gestante de Alto Risco</i> ”	34
4.3 Validação do Instrumento	34
4.4 Aspectos Éticos	38
5 RESULTADOS	40
5.1 Construção do Instrumento Assistencial de Enfermagem às pacientes internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Materna	40
5.2 Validação de aparência e conteúdo por juízes especialistas	51
6 DISCUSSÃO	62
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68

REFERÊNCIAS	69
ANEXO A - Histórico de Enfermagem Obstétrico/Ginecológico Internação.	76
ANEXO B - Plano de Cuidado de Enfermagem à Gestante de Alto Risco	78
APÊNDICE A - Carta Convite aos Juízes Especialistas	89
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCE) Juízes Especialistas	90
APÊNDICE C - Instrumento de Validação de Aparência e Conteúdo da Tecnologia	92
APÊNDICE D - Instrumento de Coleta de Dados/Histórico de Enfermagem (1ª Versão)	99
APÊNDICE E - Tecnologia Assistencial de Enfermagem (1ª Versão)	103
APÊNDICE F - Quadros com Consolidado das Sugestões dos Juízes	120
APÊNDICE G - Instrumento de Coleta de Dados/Histórico de Enfermagem (2ª Versão)	130
APÊNDICE H - Tecnologia Assistencial de Enfermagem (2ª Versão)	135
APÊNDICE I - Cronograma	151
APÊNDICE J – Orçamento	152

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e uma fase importante da vida da mulher culturalmente considerada um momento de felicidade e de realização pessoal, marcada por mudanças anatomofisiológicas, sociais e emocionais, que deve ser conduzida pelos profissionais de saúde como uma experiência de vida saudável, às alterações que fogem à normalidade.

Apesar de ser um evento previsível, a gravidez tende a ser permeada por instabilidades emocionais, que são proporcionais à dificuldade da mulher e da família em lidar com a transição e aos padrões relacionais e de funcionamento (MAFFEI; MENEZES; CREPALDI, 2019), com momentos marcados por fantasias, expectativas, sonhos, angústias, ansiedade e o conflito de sentimentos ambivalentes do papel de mãe que exigem reestruturação interna e reajustamento social (BENINCASA *et al.*, 2019).

As mudanças físicas, que incluem alterações anatômicas, endócrinas, hemodinâmicas e imunológicas importantes no organismo feminino, mantêm um equilíbrio dinâmico por mecanismos compensatórios ainda pouco conhecidos. O limite entre a normalidade e a patologia instalada é extremamente tênue e seu desequilíbrio representa um risco elevado de morbi-mortalidade materno-fetal podendo gerar uma evolução desfavorável ao binômio mãe/filho (TONIN *et al.*, 2013; MEDEIROS *et al.*, 2016).

As causas de morte materna exibem padrões semelhantes e destacam-se por fatores diretos, como septicemia, distúrbios hemorrágicos e hipertensivos e fatores indiretos que compreendem os óbitos por doenças do aparelho circulatório e infecções respiratórias (LIMA *et al.*, 2017).

Todos os anos, mundialmente, estima-se que mais de 500.000 mulheres morram dessas complicações. Pelo menos sete milhões de mulheres que sobrevivem a essas complicações sofrem sérios problemas de saúde e quase 50 milhões sofrem eventos adversos à saúde consequentes ao parto, a maioria dessas doenças e complicações ocorrendo nos países em desenvolvimento (DIAS *et al.*, 2015).

No Brasil, em 2014, foram registrados 1.552 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos, com destaque para as regiões Sudeste, com 540 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos (MARTINS; SILVA, 2018), caracterizando-se enquanto problema de saúde pública.

De acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, em 2015, o Brasil registrou 1.738 casos de morte materna e em 2016, foram registrados 1.463 casos, uma queda de 16% em relação ao ano anterior (BRASIL, 2020).

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS) aponta que a Razão da Mortalidade Materna (RMM) corrigida passou de 143 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV), em 1990, para 70 óbitos por 100 mil NV em 2010. Percebe-se uma redução de 51% no período estudado. No entanto, a morte de mulheres por causas ligadas a gravidez, aborto, parto e puerpério é, em sua quase totalidade, evitável (CEARÁ, 2015).

No Ceará, em 2015, a principal causa de morte materna foi a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG), representando 51,4% (19/36) dos óbitos maternos por causas obstétricas diretas, seguida das síndromes hemorrágicas com 13,5% (5/36) óbitos, da inércia uterina com 10,8% (4/36) e aborto com 5,4% (2/36), sendo que essas causas correspondem a 81,1% do total das causas obstétricas diretas (CEARÁ, 2016).

Em 2016, a hipertensão, as hemorragias representaram, cada uma, 18,2% (8/44) dos óbitos obstétricos, seguidas por complicação no parto com 15,9% (7/44). Houve redução de 31% dos óbitos maternos nos últimos dois anos, passando de 135 em 2014 para 93 em 2016 (CEARÁ, 2017).

Diante desse cenário, em 2018, o Governo do Estado do Ceará em parceria com a Sociedade Cearense de Ginecologia lançou o projeto Nascer no Ceará que objetiva reduzir a morbimortalidade materna e perinatal reestruturando a linha de cuidado materno-infantil a partir do cuidado à gestação de alto risco, fortalecendo o processo de regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde do SUS e qualificando a assistência na linha de cuidado materno-infantil com a elaboração e implementação de protocolos, qualificação de profissionais e definição de fluxos assistenciais nos três níveis de atenção nas cinco macrorregiões do Estado do Ceará (CEARÁ, 2018).

Pode-se perceber a complexidade da gravidez não só pelos índices alarmantes de mortes maternas supracitados, mas também pelo fato desta gestação requerer atenção qualificada e individualizada, insumos, materiais, profissionais treinados, tecnologias de cuidado, de modo que se possa cuidar de forma mais efetiva daquelas que possuem maior risco de morbidades e/ou mortalidade sendo necessário, em alguns casos, internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (UNICEF, 2014; MEDEIROS *et al.*, 2016a).

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) representam um avanço no tratamento do paciente crítico, pois possibilitam a monitorização contínua e a detecção precoce de possíveis intercorrências, assim como uma melhor profilaxia. Estimativas apontam que, de 0,1 a 0,9% das gestantes podem desenvolver complicações que resultam na admissão em uma UTI (SOUZA *et al.*, 2015).

O trabalho na UTI visa maximizar os processos efetivos de trabalho e cuidado, por

isso, demanda conhecimento aprofundado da equipe multiprofissional afim de potencializar a assistência prestada tendo em vista a condição crítica dos pacientes e a utilização de inúmeras tecnologias (MASSAROLI *et al.*, 2015).

O cuidado nessas unidades é complexo e desafiador, pois os profissionais estão expostos a situações clínicas difíceis, que requerem atenção e controle maiores, decisões sensatas e precisas, além de necessitar de um equilíbrio entre as inovações tecnológicas e a humanização do cuidado (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Além disso, os profissionais que trabalham nesses ambientes precisam reconhecer a singularidade, a fragilidade emocional, física e psíquica do ser humano, desenvolvendo atitudes que os habilitem, enquanto lidam com o processo de adoecimento do paciente (VIANA *et al.*, 2014), destacando-se nesse sentido o Enfermeiro, profissional responsável pelos principais cuidados dispensados de forma direta, essencialmente aquele que atuam na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, demonstrando-se essencial ao cuidado a essa população.

Diante disso, faz-se necessário a organização e estruturação do cuidado de forma que possa contribuir efetivamente para a qualidade das ações e segurança do paciente e da equipe (MASSAROLI *et al.*, 2015), devendo esse ser integral, acolhendo a mulher em suas variadas vertentes, além de ser sistematizado, com o intuito de padronizar e respaldar as ações da profissão.

Dentro da equipe assistencial de uma UTI, cabe destacar a equipe de Enfermagem, constituída pelos técnicos e enfermeiros, sendo estes liderado por um enfermeiro chefe que coordena a equipe. São estes profissionais responsáveis 24 (vinte e quatro) horas pelo cuidado direto ao paciente, tendo que organizar e sistematizar um plano de cuidado individual que atenda às necessidades de cada indivíduo.

O planejamento da assistência de Enfermagem pode ser realizado utilizando-se o Processo de Enfermagem (PE) como um instrumento tecnológico que tem a finalidade de manter em ordem todo o processo do cuidado com o paciente, além de documentar a prática profissional, sendo desenvolvido o raciocínio crítico do profissional e a expertise técnica. Isso deve atender sempre às necessidades humanas do indivíduo como todo, e determinar os aspectos dessas necessidades que proporcionam uma necessidade de intervenção profissional de enfermagem (VIANA *et al.*, 2018).

Nesse contexto, o PE, constitui-se como uma estrutura conceitual sólida que promove a continuidade do cuidado, a qualidade da assistência de enfermagem, além de organizar o trabalho profissional, tornando possível a operacionalização da assistência de

Enfermagem de forma sistematizada. Trata-se de um conjunto de atividades que tem por finalidade profissionalizar a assistência ao paciente por meio de instrumentos de trabalho que auxiliem na tomada de decisão para execução de cuidado científico, holístico e contínuo (MASSAROLI *et al.*, 2015; COFEN, 2009).

Essa tecnologia do cuidado orienta a sequência do raciocínio lógico e melhora a qualidade da assistência por meio da sistematização da avaliação clínica, dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados e contribui para visibilidade e reconhecimento social da Enfermagem como ciência (DAL SASSO *et al.*, 2013), ao mesmo tempo em que promove menor duração da hospitalização, auxiliando, assim, na redução dos custos hospitalares; maior segurança no desenvolvimento das atividades, com conseqüente melhoria da segurança para as pacientes (VIANA *et al.*, 2018).

Além disso, o PE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do cuidado, constituindo-se como instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional (COFEN, 2009).

O PE é citado desde 1986 na Lei do Exercício Profissional como sendo uma atividade privativa do enfermeiro (BRASIL, 1986). Segundo a Resolução nº 358 do Conselho Federal do de Enfermagem (COFEN, 2009), toda instituição de saúde, pública ou privada, em que ocorra o cuidado, o profissional de enfermagem, deve realizá-lo de forma deliberativa e sistemática.

Wanda Horta, em 1979, no seu livro *Processo de Enfermagem* estabelece que o PE inclui seis fases inter-relacionadas e de igual importância, sendo elas: 1) Histórico (coleta de dados); 2) Diagnóstico de Enfermagem; 3) Plano assistencial; 4) Plano de cuidados ou prescrição de Enfermagem; 5) Evolução e 6) Prognóstico (HORTA, 1979; 2018).

As fases propostas pelo COFEN (2009) para execução do PE são: 1) Histórico (coleta de dados); 2) Diagnóstico de Enfermagem; 3) Planejamento; 4) Implementação e 5) Avaliação, as quais são inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. Os enfermeiros utilizam a coleta de dados associada ao raciocínio clínico para formular hipóteses ou explicações para problemas reais ou potenciais presentes, riscos e/ou oportunidades de promoção de saúde (HERDMAN, KAMITSURU, 2018).

Neste estudo será utilizada a organização em fases proposta pelo COFEN (COFEN, 2009), por constituir hoje na classificação mais utilizada nas instituições hospitalares e, também, a já utilizada hoje no hospital em estudo.

Dentre todos os setores de uma unidade hospitalar, a UTI, devido ao grau de

complexidade de seus pacientes e a necessidade de maior cuidado e de profissionais cada vez mais preparados, é o setor onde o PE deve estar prioritariamente implantada e em utilização pelos profissionais de enfermagem a fim de proporcionar um cuidado individualizado, qualificado e humanizado aos pacientes críticos.

O PE pode direcionar a assistência de enfermagem aos pacientes internados em UTI, sendo considerada essencial para que haja uma assistência de Enfermagem de qualidade, através de uma assistência efetiva e de excelência contribuindo, deste forma, positivamente para o cuidado, pois intensifica a organização e estruturação do setor (VIANA *et al.*, 2018).

A busca contínua pelo conhecimento remete o profissional enfermeiro além do cuidado propriamente dito do ser humano. O cuidar passa de um componente meramente estático para uma assistência holística, abrangendo o ser cuidador, característico do enfermeiro, e o profissional sistemático, que busca organizar o seu cuidado de forma estruturada e com base em um conhecimento científico amplo pertinente à área de enfermagem visando uma qualidade na assistência.

O PE vem sendo um desafio na Enfermagem atual. Mesmo com um vasto material disponível e muitos estudiosos na temática, é comum encontrar uma implantação parcial dessa prática, mesmo sabendo que o enfermeiro necessita se inserir nesse processo de forma competente, científica e técnica para uma execução de qualidade e voltada à atender às necessidades do cliente (SILVA *et al.*, 2018).

Em um estudo realizado em uma UTI materna na cidade de Teresina-PI, os enfermeiros citaram algumas dificuldades inerentes à implantação do PE: falta de treinamento específico e conhecimento prático dos profissionais; falta de tempo para aplicação do PE; resistência e desmotivação dos profissionais, principalmente no que se refere ao reconhecimento da relevância do PE (VIANA *et al.*, 2018).

Outras dificuldades apontadas pelos profissionais na implantação do PE podem ainda ser enumeradas, segundo Tannure *et al.* (2012), como: ausência de instrumentos formais de registro; número deficitário de enfermeiros em relação a taxa de ocupação dos leitos; o predomínio de um modelo assistencial ainda focado na execução de ações prescritas pelo profissional médico e a precarização do trabalho e das condições de atendimento.

Em virtude destas dificuldades evidenciadas pelos profissionais de enfermagem, torna-se necessário pensar, desenvolver e implementar estratégias que favoreçam a incorporação das etapas deste método científico na prática, já que o PE pode direcionar a assistência de enfermagem aos pacientes internados em UTI, fornecendo subsídios para a elaboração do plano de cuidados individualizado, voltado para o atendimento das Necessidades

Humanas Básicas (NHB) (CHIANCA; LIMA; SALGADO, 2012; TANNURE *et al.*, 2012).

Dentre as estratégias propostas por diversos estudos na área, destaca-se o uso de tecnologias como ferramentas que contribuem para agilidade e dinamismo nas Instituições hospitalares. Busca-se, continuamente, a qualificação dos cuidados prestados por meio da utilização destas tecnologias, principalmente na atuação da equipe de Enfermagem, o que confere segurança e qualidade no atendimento aos clientes (PISSAIA *et al.*, 2018).

Aliadas ao PE nas UTI, essas tecnologias podem promover a melhoria da qualidade do cuidado direto, dos resultados do cliente e dos cenários da prática. Podem ainda propiciar o desenvolvimento do pensamento crítico e do raciocínio investigativo dos enfermeiros, promovendo a aproximação desses profissionais com os cuidados, favorecendo a discussão clínica entre os pares e a equipe multidisciplinar e fomentando a busca contínua de informações e evidências científicas (DAL SASSO *et al.*, 2013).

É imprescindível que as tecnologias utilizadas para a sistematização do cuidado de Enfermagem sejam validadas, confiáveis, e que realmente colaborem para a melhoria e otimização do trabalho, o qual deve auxiliar a realizar um cuidado organizado, científico e humanizado, de modo a atender às reais necessidades das gestantes e de seus conceitos (GOMES, DAMASCENO, 2016).

Um estudo realizado em 2016 na mesma instituição onde se pretende executar essa pesquisa, elaborou e validou um instrumento de PE, “Plano de cuidado de Enfermagem à gestante de alto risco”, em formato impresso (GOMES, DAMASCENO, 2016).

A proposta deste estudo é, portanto, adaptar este instrumento proposto por Gomes (2016) para a realidade da unidade de cuidados intensivos obstétricos, a partir de uma revisão integrativa da literatura, adotando criteriosamente os mesmos passos metodológicos de um processo de validação, padronizando as informações, podendo contribuir para a melhoria da assistência de Enfermagem no local do estudo, bem como servir de modelo para outros hospitais, principalmente para os hospitais universitários, no que tange ao PE para pacientes obstétricas em UTI.

O interesse pela temática surgiu a partir das inquietações da pesquisadora, que atuou como líder da equipe de Enfermagem da UTI em estudo, em relação à forma como é executado o processo de Enfermagem no serviço. Uma atividade que deveria estimular o raciocínio crítico dos enfermeiros e direcionar o cuidado de Enfermagem, funciona como mais uma atividade técnica que deve ser realizada para todas as pacientes.

A UTI em estudo é a única no Estado do Ceará com esse perfil de serviço, fornecendo assistência a mulheres no ciclo gravídico-puerperal em estado crítico de saúde,

sendo de extrema relevância o estudo por se tratar de algo inédito, não só na instituição, como também em todo o Estado.

Conta atualmente com um processo de enfermagem informatizado que está inserido em uma ferramenta de gestão utilizada pelos Hospitais Universitários (HU) do Brasil, o AGHU (Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários). O módulo de Prescrição de Enfermagem está em uso, porém observa-se que os dados inseridos na plataforma do AGHU são parciais e não contemplam as reais necessidades de cuidado das pacientes neste serviço, tendo em vista que o sistema fora alimentado por alguns profissionais enfermeiros, com embasamento na prática clínica destes, paralelamente à pesquisa em livros de taxonomia, porém sem utilizar evidências disponíveis na literatura, bem como não foi submetido a um processo de validação por especialistas na área.

Além disso, a etapa inicial do PE, que é a coleta de dados (Histórico de Enfermagem) é realizada fora do sistema AGHU, de forma manual, o que dificulta a determinação dos diagnósticos e intervenções baseados nas reais necessidades dos clientes identificadas nesta fase. Outro ponto importante a se destacar é que os cuidados de enfermagem prescritos são baseados na experiência profissional e conhecimento científico dos enfermeiros, e algumas ações prescritas não estão diretamente relacionadas aos diagnósticos propostos.

Como produto de um mestrado profissional, essa pesquisa visa um retorno para a instituição de trabalho da pesquisadora tendo como foco a construção de um processo de Enfermagem que seja de fato executado pela equipe de forma individualizada, objetiva e não somente mais um trabalho burocrático, o qual ficará à disposição da Instituição para inserção no sistema informatizado, e melhoria do PE informatizado em uso na Instituição.

De forma geral, o processo de Enfermagem, apesar de ser obrigatório em todas as instituições onde haja cuidado de Enfermagem, ainda é realizado como mais uma atividade burocrática do enfermeiro e, apesar da sua importância, ainda não é valorizado nem mesmo pela equipe de Enfermagem que muitas vezes tem atividades, como “higiene oral”, por exemplo, ainda como item de prescrição médica.

Frente a essa contextualização, questiona-se: O plano de cuidado de Enfermagem à gestante de alto risco em unidade de terapia intensiva materna é válido e confiável como uma ferramenta de apoio para a execução do processo de Enfermagem?

O presente estudo justifica-se pela necessidade de se realizar um PE voltado para pacientes obstétricas internadas nesta UTI, com o objetivo de construção de um PE confiável, seguro e prático que otimize a assistência da equipe de Enfermagem, contribuindo ainda para o fortalecimento do exercício da profissão, baseado em um raciocínio crítico e em evidências

científicas, para a execução de intervenções de Enfermagem efetivas e individualizadas de acordo com a necessidade das pacientes.

Mostra-se ainda relevante por constituir um processo de validação de um plano de cuidado de Enfermagem direcionado para pacientes obstétricas em cuidados intensivos além de representar também uma contribuição para a formação profissional mais qualificada tendo em vista ser a instituição uma Maternidade Escola de referência não apenas para a assistência, mas também para o ensino e pesquisa. Configura-se também como uma ferramenta inovadora de prestação de cuidado, proporcionando otimização do tempo despendido para execução do PE, o que contribui para maior tempo disponível para assistência direta ao paciente.

Como contribuição para reforçar a relevância desta pesquisa, cabe destacar a dificuldade em relação a escassez de estudos sobre o PE em obstetrícia, evidenciando a necessidade de realização de novos estudos que abordem a temática.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Desenvolver uma tecnologia para o cuidado de Enfermagem às pacientes internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Materna fundamentado nas necessidades humanas básicas.

2.2 Objetivos específicos

- Construir o instrumento de coleta de dados de Enfermagem (histórico e exame físico) direcionado a população alvo;
- Construir o instrumento tecnológico com base nos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para o cuidado de Enfermagem à população alvo;
- Validar a tecnologia quanto à aparência e conteúdo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas

A Enfermagem, como ciência, necessita de uma teoria própria para embasar os seus processos de trabalho pois, nenhuma ciência consegue sobreviver sem uma filosofia. Dessa maneira, ter conhecimentos próprios e prática profissional autônoma parece representar a maior aspiração da Enfermagem (CIANCIARULLO, 1987).

Para a construção do processo de enfermagem desta pesquisa buscou-se embasamento na teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta. Essa teoria se fundamenta na teoria da Motivação Humana, proposta por Maslow, a qual busca priorizar as necessidades humanas básicas na realidade do hospital. A partir de seus pressupostos, esta teoria permite a integralidade do cuidado ao paciente criticamente enfermo, considerando-o como um ser biopsicossocioespiritual, direcionando um cuidado centrado na pessoa, aproximando o profissional de enfermagem do paciente (SOUZA *et al.*, 2019).

A teoria das NHB define alguns conceitos dos quais derivam sua fundamentação. Dentre eles estão aqueles que compõem o meta-paradigma da Enfermagem. Abaixo estão descritos cada um deles (HORTA, 2018).

1.1. Enfermagem: a arte e a ciência de atender o ser humano em suas necessidades básicas, a fim de torná-lo independente a partir do autocuidado, com a recuperação e promoção da saúde, em parceria com os demais profissionais.

1.2. Ser humano: um todo indivisível (bio-psico-sócio-espiritual) e dinâmico, com capacidade de reflexão, poder de simbolização e imaginação, inserido em uma família e/ou comunidade e agente ativo do autocuidado.

1.3. Ambiente: ecossistema onde o indivíduo irá atender suas necessidades, incluindo físicas, ecológicas, sócio-políticas e culturais.

1.4. Saúde: estar com as necessidades (físicas, sociais, psicológicas e espirituais) equilibradas de forma dinâmica no tempo e no espaço. Doença é o desequilíbrio do ser humano com o ambiente.

1.5. Necessidades humanas básicas: tensões conscientes ou inconscientes, decorrentes de desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais.

1.6. Assistir em Enfermagem: supervisionar, orientar, ensinar ou encaminhar os indivíduos a outros profissionais quando necessário; auxiliar quando os indivíduos estão parcialmente impossibilitados de realizar autocuidado ou fazer por ele, caso ele não possa

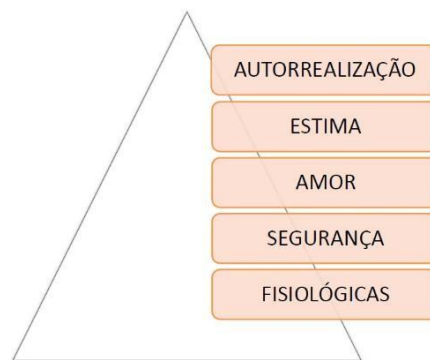
fazer por si mesmo.

Para a autora dessa teoria, Wanda Horta, o ser humano está em constante interação com o universo, sendo parte integrante dele e, com isso, sofre mudanças que provocam seu equilíbrio e desequilíbrio. Os desequilíbrios geram, no ser humano, necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a buscar satisfação de tais necessidades com o objetivo de manter seu equilíbrio dinâmico (HORTA, 2018).

Como parte integrante da equipe de saúde, a enfermagem contribui para a manutenção desse equilíbrio dinâmico, previne desequilíbrios e reveste desequilíbrios em equilíbrios através da assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas. Busca, ainda, tornar o cliente independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; recuperar e promover a saúde em conjunto com os demais profissionais (HORTA, 2018).

As necessidades humanas básicas são apresentadas de forma hierarquizada em cinco níveis de prioridades: necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades de amor, necessidades de estima, necessidades de auto-realização, conforme demonstrado na figura 1 (MASLOW, 1970).

Figura 1: Hierarquia das necessidades humanas básicas. Fortaleza-CE, 2020.



Fonte: Horta, 2018.

Para Maslow, o indivíduo só passa a procurar satisfazer as necessidades do próximo nível, após o mínimo de satisfação das anteriores. O mínimo referido não foi estabelecido, porém o próprio autor reconhece que essa sistemática não é rígida, variando de pessoa para pessoa (HORTA, 2018).

Um conceito fundamental para o autor, cita Horta, é de que nunca há satisfação completa ou permanente de determinada necessidade, pois, caso houvesse, conforme a teoria

pressupõe, não haveria mais motivação individual (HORTA, 2018).

Horta preferiu utilizar a denominação de João Mohana na organização da teoria das NHB: necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual (quadro 1), evidenciando que a assistência de enfermagem deve incluir, além dos cuidados físicos/biológicos, as necessidades emocionais, sociais e espirituais do indivíduo. Os dois primeiros níveis são comuns a todos os seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica; porém, o terceiro nível, é exclusivo do ser humano (HORTA, 2018).

Quadro 1: Classificação das necessidades humanas básicas por João Mohana. Fortaleza-CE, 2019.

Necessidades psicobiológicas	Necessidades psicossociais
Oxigenação Hidratação Nutrição Eliminação Sono e repouso Exercício e atividades físicas Sexualidade Abrigo Mecânica corporal Motilidade Cuidado corporal Integridade cutaneomucosa Integridade física Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular Locomoção Percepção: olfatória, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa Ambiente Terapêutica	Segurança Amor Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem (educação à saúde) Sociabilidade Recreação Lazer Espaço Orientação no tempo e espaço Aceitação Autorrealização Autoestima Participação Autoimagem Atenção Necessidades psicoespirituais: Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida.

Fonte: Horta, 2018.

Quando o enfermeiro tem melhor entendimento sobre os níveis de necessidades do cliente, os diagnósticos, resultados e as intervenções terão melhor resolutividade e qualidade (MARQUES; SILVA; NÓBREGA, 2016). Todos os três níveis de necessidades se apresentam inter-relacionados, fazendo parte de um todo indivisível (CIANCIARULLO, 1987).

As necessidades psicobiológicas são consideradas forças, instintos ou energias inconscientes que surgem sem planejamento, do nível psicobiológico do homem e se manifestam, por exemplo, na vontade de tomar banho, de dormir, de se alimentar, etc

(CIANCIARULLO *et al.*, 2001). Este grupo de necessidades está dividido em 18 subgrupos, conforme descritos no quadro 1.

As necessidades psicossociais são manifestações que ocorrem por meio de instintos, como a tendência de conversar, de conviver socialmente, de se afirmar perante si ou de se valer perante os outros (CIANCIARULLO *et al.*, 2001). Este grupo de necessidades está subdividido em 17 subgrupos, conforme apresentadas no quadro 1.

Nas necessidades psicoespirituais o homem sempre está tentando interpretar o que vivencia de inexplicável cientificamente, transcendendo e ultrapassando os limites de sua experiência, vivendo a realidade com situações que satisfaçam sua condição de ser vivente (CIANCIARULLO *et al.*, 2001). Essa necessidades incluem as religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida, conforme descritas no quadro 1.

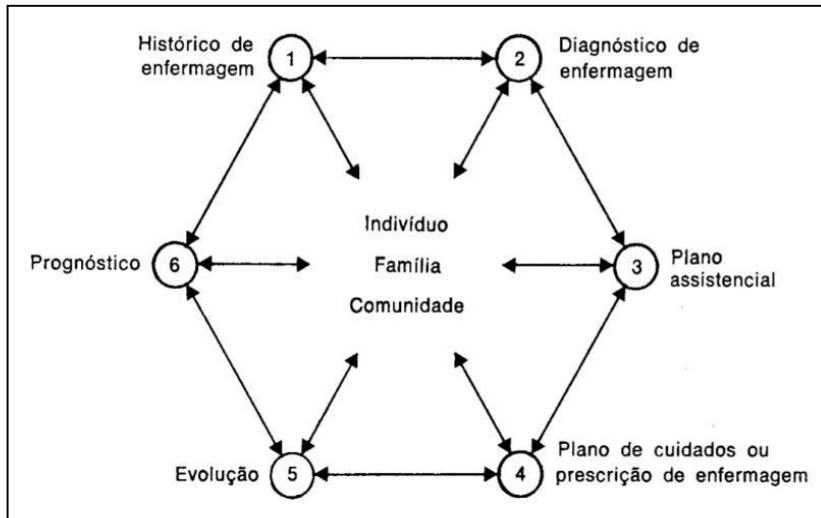
Dessa forma, as NHB precisam ser atendidas para o bem-estar do ser humano, porém, muitas vezes o conhecimento dos homens a respeito de suas necessidades é limitado por seu próprio saber, e por isso, quando essas necessidades emergem, faz-se necessário o apoio de profissionais qualificados, dentre os quais o enfermeiro (HORTA, 2018).

O cuidado de Enfermagem deve ser direcionado ao ser humano e não à sua doença, reconhecendo o homem como membro de uma família, de uma comunidade e um elemento ativo nesse processo de cuidado e autocuidado. Essa teoria pode ser utilizada para o planejamento do cuidado e direcionamento das atividades do enfermeiro com foco nas necessidades individuais de cada paciente (HORTA, 2018).

3.2 Processo de Enfermagem

O processo de enfermagem (PE) é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, objetivando a assistência ao ser humano, caracterizado pelo inter-relacionamento e dinamismo entre suas etapas. A inter-relação e igual importância das fases podem ser representadas graficamente (figura 2) por um hexágono, cujas faces são vetores bi-orientados, demonstrando que não deve necessariamente se ter um ponto de início, nem seguir cada etapa uma por uma; e no centro situa-se o indivíduo, a família e a comunidade (HORTA, 2018).

Figura 2: Etapas do Processo de Enfermagem



Fonte: Horta, 1979; Horta, 2018.

Na aplicação do processo de Enfermagem (PE) sugerido por Horta, além de diagnosticar os problemas de enfermagem, o enfermeiro deve determinar o grau de dependências do seu cliente em natureza e extensão, estabelecidos a partir dos indicadores: conhecimento, deambulação, motilidade, estado mental, condições do ambiente e condições socioeconômicas (HORTA, 1979; HORTA, 2018).

O PE deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Compete ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação do PE, de modo a alcançar os resultados esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas (COFEN, 2009).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) propõe etapas que divergem um pouco das propostas por Horta, que também são as etapas adotadas na classificação NANDA-I (HERDMAN, KAMITSURU, 2018), como no presente trabalho serão adotadas as etapas propostas pelo COFEN, por serem mais utilizadas na prática atual, serão detalhadas a seguir cada uma delas.

O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: 1) Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); 2) Diagnóstico de Enfermagem; 3) Planejamento de Enfermagem; 4) Implementação; 5) Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009).

A coleta de dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem caracteriza-se como um processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença (COFEN, 2009).

Em outras palavras, o histórico de Enfermagem configura-se como um roteiro sistematizado para levantamento dos dados do ser humano (significativos para o enfermeiro) que tornam possível a identificação dos seus problemas (HORTA, 2018).

O histórico de Enfermagem deve ser individual, conciso, sem repetições, claro e preciso. Deve dispor de informações que possibilitem prestar cuidado imediato e não deve conter informações duplicadas, por exemplo, dados de interesse médico, como doenças na infância, não necessitam ser coletados, basta que o enfermeiro leia a anamnese realizada pelo médico (HORTA, 2018).

O histórico deve ser feito da admissão, ou seja, no primeiro contato com o paciente, o que pode ocorrer, na enfermaria, na sala de admissão da clínica, na emergência, no ambulatório ou até mesmo no domicílio (HORTA, 2018).

A coleta de dados proporciona à identificação dos problemas de enfermagem. O problema de enfermagem consiste em toda situação ou condição apresentada pelo indivíduo, família, ou comunidade que exija assistência profissional (HORTA, 2018).

O diagnóstico de Enfermagem (DE) é a segunda fase do PE e trata-se de um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados (COFEN, 2009).

O DE consiste na identificação das necessidades básicas do ser humano que necessitam de atendimento e na determinação, realizada pelo enfermeiro, do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão. Em síntese, o diagnóstico comporta duas dimensões: identificação das necessidades e determinação do grau de dependência (HORTA, 2018).

Na terceira fase, tem-se o planejamento de Enfermagem, que corresponde à determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem (COFEN, 2009).

A implementação caracteriza-se como a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem (COFEN, 2009).

A última etapa, a avaliação de Enfermagem, corresponde à um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009).

Para que seja aplicado é necessário que os enfermeiros estejam preparados, com conhecimentos e habilidades específicas. Com o uso do PE, os pacientes e a equipe de enfermagem são beneficiados; os primeiros pela melhoria da qualidade do cuidado com a assistência individualizada e sistematizada; a equipe, pela otimização do trabalho, qualificação do cuidado e a valorização profissional (ARAÚJO, 2018).

3.3 Tecnologias de apoio para execução do Processo de Enfermagem

Ao longo das últimas décadas vivenciam-se modificações nos padrões sociais conduzidos pelo uso da tecnologia e pela consequente globalização das informações. Nesse contexto, os processos de trabalho também se modificaram, incorporando sistemas de informação e comunicação, que contribuem para agilidade no dinamismo das equipes, como no caso das instituições hospitalares (PISSAIA *et al.*, 2018).

Na área de Enfermagem, é crescente o desenvolvimento e utilização de tecnologias configurando-se como ferramentas de trabalho que visam automatização dos processos, contribuindo, inclusive, para melhorar a segurança no processo decisório do cuidado (PEREIRA *et al.*, 2016).

As tecnologias advindas do cuidar baseiam-se no conhecimento técnico e científico, na observação do cotidiano e na manutenção do bem estar do sujeito cuidado, a fim de definir terapêuticas e processos de trabalho, constituindo-se ainda em ferramentas para realização de ações de promoção da saúde (ALBUQUERQUE, 2015).

Nesse contexto, as tecnologias de sistematização do cuidado em Enfermagem

surtem como mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão das informações necessárias, permitindo o planejamento, organização, operacionalização e avaliação nos serviços de saúde. Essas tecnologias tem sido utilizadas como um caminho para aperfeiçoar os registros clínicos em saúde e apoiar o desenvolvimento do processo de enfermagem (PE) informatizado, integrando uma estrutura lógica de dados, informação e conhecimento para a tomada de decisão do cuidado de Enfermagem (DOMINGOS, 2018).

Além disso, os avanços dessas tecnologias visam ainda aumentar o tempo disponível do profissional para as atividades relacionadas à assistência, já que podem contribuir para o desenvolvimento de um PE informatizado, favorecendo, dessa forma, a humanização. Ressalta ainda que o profissional deve integrar a ciência da computação, da informação e da Enfermagem com o intuito de ampliar e diversificar ferramentas para a prática, ensino e pesquisa, fortalecendo assim o PE (DOMINGOS, 2018).

Na Enfermagem, as tecnologias podem ser classificadas em educacionais, gerenciais e assistenciais. As tecnologias assistenciais, objeto deste estudo, são aquelas que incluem a construção de um saber técnico-científico resultante de investigação, de aplicação de teorias, e de experiência cotidiana dos profissionais e da clientela, constituindo-se, portanto, num conjunto de ações sistematizadas, processuais, instrumentais para prestar assistência qualificada (SILVA JÚNIOR, 2015).

Aliadas ao PE, essas tecnologias podem promover a melhoria da qualidade do cuidado direto, dos resultados do cliente e dos cenários da prática, por meio da redução do tempo de documentação e registro clínico. Podem ainda propiciar o desenvolvimento do pensamento crítico e do raciocínio investigativo dos enfermeiros, promovendo a aproximação desses profissionais com os cuidados, favorecendo a discussão clínica entre os pares e a equipe multidisciplinar e fomentando a busca contínua de informações e evidências científicas (DAL SASSO, 2013).

Pesquisa realizada em uma UTI adulto de um hospital universitário de João Pessoa, no Estado da Paraíba, construiu e validou uma tecnologia para execução do PE. Os pesquisadores concluíram que esses instrumentos permitiram uma relação interpessoal mais efetiva entre enfermeiros, clientes e familiares; divulgação da imperatividade do PE para qualidade do cuidado e suscitou a necessidade de novas pesquisas sobre a temática (RAMALHO NETO, FONTES, NÓBREGA, 2013; GOMES, 2016).

Outro estudo buscou construir um instrumento de PE para utilização em um entro obstétrico de um hospital público do município de Recife, Pernambuco. Os autores concluíram que a assistência realizada por Enfermeiros obstetras os quais tem uma visão holística da

paciente associada ao PE, favorece uma assistência individualizada e fundamentada no conhecimento científico (SANTOS, RAMOS, 2012; GOMES, 2016).

Vários outros estudos que abordam a construção e validação de instrumentos para execução do PE reforçam a importância do uso de tecnologia de cuidado de Enfermagem validadas e confiáveis para melhoria da qualidade da assistência e para valorização e reconhecimento do trabalho da equipe de Enfermagem, principalmente do Enfermeiro. Outros estudos propõem, ainda, a informatização do PE como uma evolução e adaptação dos instrumentos impressos para o avanço na aplicação do PE e desenvolvimento do cuidado individualizado (GOMES, 2016).

As tecnologias de PE geram ações individualizadas, proporcionam a avaliação da evolução das pacientes durante a internação, bem como a melhoria da qualidade da assistência além de conferir uma padronização da linguagem entre a equipe de Enfermagem (GOMES, 2016).

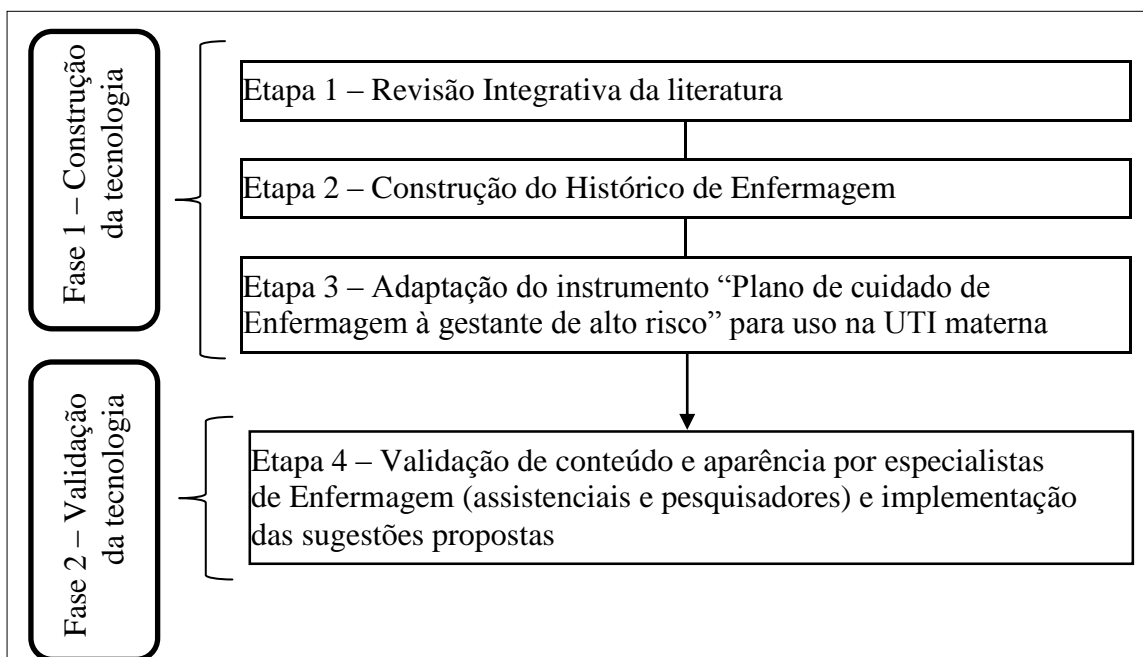
4 MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico para desenvolvimento de tecnologia leve-dura, que se caracteriza por utilizar de investigações de métodos de obtenção e organização de dados para desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, com foco no desenvolvimento de novo instrumento que seja confiável, preciso e utilizável para que possa ser utilizado por outros pesquisadores (POLIT; BECK, 2018).

A pesquisa foi desenvolvida em parceria com a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), localizada no município de Fortaleza, Estado do Ceará, no setor de Unidade de Cuidados Intensivos Maternos (UCIM). O setor em estudo admite pacientes obstétricas que necessitam de cuidados intensivos, principalmente com quadros hipertensivos, por pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP; quadros hemorrágicos e infecciosos.

O estudo foi realizado em quatro etapas: 1) Revisão integrativa da literatura sobre o processo de enfermagem para mulheres no ciclo gravídico puerperal em UTI materna; 2) Construção do histórico de Enfermagem direcionado para pacientes obstétricas em cuidados intensivos; 3) Adaptação do instrumento de Gomes (2016) para uso na UTI materna, com base nos resultados da revisão integrativa; 4) Validação de aparência e conteúdo do instrumento por juízes especialistas.

Figura 3: Fluxograma - Etapas de execução do estudo. Fortaleza-CE, Brasil, 2019.



Fonte: Autora, 2020.

Na primeira etapa buscou-se utilização de uma revisão integrativa como método de pesquisa baseada em Evidências (PBE), a qual tem como foco a busca de resultados de pesquisas aliada à aplicação prática, uma vez que conduz à tomada de decisão no consenso das informações mais relevantes para o melhor cuidar. Através deste método, buscou-se verificar o que tem sido produzido na literatura nacional e internacional acerca da aplicação do processo de Enfermagem para mulheres no ciclo gravídico-puerperal em UTI obstétrica.

A revisão integrativa da literatura permite a incorporação das evidências na prática clínica de forma clara e resumida e tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Em outras palavras, é um método científico que resume a literatura do passado para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno ou problema de saúde atual. Pode incluir diferentes desenhos de estudo e tem o potencial para servir de base para futuras pesquisas e também para direcionar novas práticas (WHITTEMORE, KNAFL, 2005; MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A pesquisa foi realizada seguindo as etapas conforme citam Whittimore e Knafl (2005): 1) Identificação do problema; 2) Busca na literatura; 3) Avaliação dos dados; 4) Análise dos dados; 5) Apresentação. Antecedendo as etapas propostas pelos autores, foi elaborada a questão norteadora que direcionou a presente revisão.

Para definição da pergunta norteadora utilizou-se as recomendações de Joana Briggs Institute (2011), tais elementos para estratégia PICO destina-se a estudos de caráter clínico e de intervenção, onde P refere-se aos participantes, I à intervenção, C a controle e O a resultados.

Para guiar a presente revisão integrativa, que objetiva identificar as evidências disponíveis na literatura sobre o processo de enfermagem em uma UTI obstétrica, elaborou-se a seguinte questão norteadora: “Quais as evidências da aplicação do processo de enfermagem para mulheres no ciclo gravídico puerperal em UTI obstétrica?”. Os elementos que compuseram a estratégia PICO para formulação desta questão estão descritos no quadro abaixo.

Quadro 2: Descrição da estratégia PICO utilizada para a elaboração da questão de pesquisa. Fortaleza, 2020.

ACRÔNIMO	DEFINIÇÃO	DESCRIÇÃO
P	População ou paciente ou problema	Gestante, gestação, puérpera, mulher gestante.
I / C	Intervenção	Processo de Enfermagem
	Comparação ou controle	
O	Resultado / Desfecho	Diagnósticos e intervenções de Enfermagem

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2019.

A definição de uma estratégia de busca é o ponto chave para determinar o rigor metodológico de qualquer tipo de revisão, pois buscas incompletas e tendenciosas resultam em um banco de dados inadequados e no potencial de resultados imprecisos. Deve-se deixar claro os termos de busca, as bases de dados usadas, as estratégias de busca adicionais e os critérios de inclusão e exclusão para seleção dos estudos relevantes à investigação (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Neste estudo, a busca literária foi realizada com procedimentos de busca via internet para acessar as seguintes bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Scopus e Health Source.

Para localização dos artigos nas referidas bases de dados, foram selecionadas as palavras-chaves, conforme os objetivos do estudo: gestante, gestação, puérpera, parturiente, mulher gestante; intervenções de enfermagem (pregnant, gestation, puerperal, parturient, pregnant woman; nursing interventions) e os descritores controlados: gestantes; processo de enfermagem; diagnósticos de enfermagem; unidades de terapia intensiva; Terminologia Padronizada em Enfermagem (pregnant women nursing process; nursing diagnoses; intensive care units; Standardized Nursing Terminology), conforme descritas no quadro 2.

Após esta seleção, foi realizada consulta ao site na versão beta dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), para as bases CINAHL, Lilacs e SCOPUS e para a MEDLINE e a Health Source (EBSCO) a fim de identificar os descritores controlados e palavras-chave, conforme descritos no quadro abaixo:

Quadro 3: Descritores controlados por plataforma de pesquisa. Fortaleza, 2020.

	P	I/C	O
BASES	Gestante, Gestação, Puérpera, Parturiente, Mulher gestante; Gestantes	“Processo de enfermagem”	Terminologia Padronizada em Enfermagem; Diagnósticos de enfermagem; intervenções de enfermagem; unidade de terapia intensiva.
CINAHL	(MH "Expectant Mothers") OR (MH "Pregnancy") OR (MH "Postnatal Period") OR (MH "Puerperium")	(MH "Nursing Process") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Nursing Care Plans") OR (MH "Nursing Care Plans, Computerized") OR (MH "Patient Care Plans")	(MH "Nursing Diagnosis") OR (MH "NANDA Nursing Diagnoses") OR (MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nursing Classification") AND (MH " Intensive Care Units") OR ("Critical Care Nursing")
MEDLINE	(MH "Pregnant Women") OR (MH "Peripartum Period") OR (MH "Pregnancy") OR (MH "Postpartum Period") OR "Puerperium"	(MH "Nursing Process") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Patient Care Planning") OR (MH "Patient Care Management")	(MH "Nursing Diagnosis") OR (MH "NANDA Nursing Diagnoses") OR (MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nursing Classification") AND (MH " Intensive Care Units") OR ("Critical Care Nursing")
LILACS	("Pregnant Women") OR ("Peripartum Period") OR ("Pregnancy") OR ("Postpartum Period") OR "Puerperium"	("Nursing Process") OR ("Nursing Care") OR ("Patient Care Planning") OR ("Patient Care Management")	(MH "Nursing Diagnosis") OR (MH "NANDA Nursing Diagnoses") OR (MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nursing Classification") AND (MH " Intensive Care Units") OR ("Critical Care Nursing")
SCOPUS	("Pregnant Women") OR ("Peripartum Period") OR ("Pregnancy") OR ("Postpartum Period") OR "Puerperium"	("Nursing Process") OR ("Nursing Care") OR ("Patient Care Planning") OR ("Patient Care Management")	(MH "Nursing Diagnosis") OR (MH "NANDA Nursing Diagnoses") OR (MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nursing Classification") AND (MH " Intensive Care Units") OR ("Critical Care Nursing")
Health Source	("Pregnant Women") OR ("Peripartum Period") OR ("Pregnancy") OR ("Postpartum Period") OR "Puerperium"	("Nursing Process") OR ("Nursing Care") OR ("Patient Care Planning") OR ("Patient Care Management")	(MH "Nursing Diagnosis") OR (MH "NANDA Nursing Diagnoses") OR (MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nursing Classification") AND (MH " Intensive Care Units") OR ("Critical Care Nursing")

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2020.

A fim de combinar os descritores, nas diferentes estratégias de busca, inicialmente, foi utilizado o operador booleano “OR” para a pesquisa com os termos referentes a cada letra do acrônimo “PICO”, conforme descrito no quadro 2. No segundo momento, foi realizada a combinação dos termos de cada coluna com o uso do operador booleano “AND”.

Os critérios de elegibilidade empregados para a seleção da amostra foram: artigos publicados na íntegra, disponíveis eletronicamente, sem restrição de idiomas, publicados em qualquer data, cujos resultados evidenciem informações sobre diagnósticos e intervenções de Enfermagem. Foram excluídos artigos repetidos em duas ou mais bases de dados; teses, dissertações, monografias, editoriais, manuais, livros e capítulos de livros.

Além disso, sabendo-se da necessidade de uma revisão de literatura sólida, específica e exaustiva para identificar as principais publicações acerca da temática e para embasar a formulação do plano de cuidado de enfermagem à gestante de alto risco (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2019), optou-se por explorar o tema por meio de uma busca bibliográfica na literatura, considerando a própria experiência dos pesquisadores envolvidos no estudo, aliados ao resultado da revisão integrativa, cujos resultados estão dispostos no capítulo 3.3 referente à sustentação teórica. Feito isso, realizou-se a seleção e a organização de forma sistemática e cronológica das principais informações a serem abordadas no instrumento.

4.1 Construção do Histórico de Enfermagem da UTI Materna

O Histórico de Enfermagem se caracteriza como a primeira etapa de cinco que compõem o Processo de Enfermagem (PE), caracterizado também como coleta de dados de Enfermagem, sendo o PE definido pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009) como sendo um método deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de metodologias e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

Trata-se de um instrumento simplificador que identifica problemas reais e/ou potenciais, organiza os registros, possibilitando o planejamento da assistência, proporcionando maior qualidade e segurança na assistência da equipe de Enfermagem. Desta forma, essa coleta de dados que é realizada no momento do exame físico inicial do paciente, tem como foco o levantamento das necessidades humanas específicas de cada indivíduo e requer técnica e instrumento baseados em evidência científica (COELHO *et al.*, 2017).

Atualmente, o histórico de Enfermagem utilizado na UTI da maternidade supracitada é um histórico padronizado para todos os setores de internação obstétricos e ginecológicos da

Instituição (ANEXO 1) e conta com itens de identificação da paciente, dados obstétricos e ginecológicos, dados direcionadores do exame físico e questões referente a procedimentos cirúrgicos.

Assim, no presente estudo foi editado e atualizado esse histórico, de forma a estruturar a coleta de dados incluindo inicialmente os dados pessoais, os sinais vitais e o exame físico céfalo-caudal completo com base nas necessidades humanas básicas do modelo teórico proposto de Wanda Horta, segundo os 35 níveis de necessidades que compõem as dimensões psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (HORTA, 2018), com o intuito de direcionar o instrumento para pacientes obstétricas em cuidados intensivos, que contemple todos os itens necessários ao planejamento do cuidado que possa nortear e uniformizar a operacionalização do Processo de Enfermagem.

4.2 Adaptação do Instrumento “Plano de Cuidado de Enfermagem à Gestante de Alto Risco”

O instrumento adaptado foi construído em uma tese de doutorado (GOMES, 2016), no mesmo hospital onde se propõe a realização deste, com o produto final um “Plano de cuidado de Enfermagem à gestante de alto risco” (ANEXO 2). Ressalta-se que foi solicitada autorização a autora do estudo e prontamente autorizado.

Em um segundo momento foi realizado paralelo entre o instrumento de Gomes (2016) e o resultado da revisão integrativa da literatura, para identificação dos itens do processo de Enfermagem (diagnósticos, resultados e intervenções) presentes na revisão que complementam o instrumento e ver a possibilidade de inserção dos itens que não são contemplados para aperfeiçoar o instrumento.

Após a definição conceitual dos DE, foram construídos os indicadores diagnósticos (características definidoras, fatores relacionados e de risco), os quais foram elencados levando em consideração o perfil de paciente do serviço em estudo bem como a experiência prática da pesquisadora como enfermeira assistencial e gestora de Enfermagem desta unidade.

Na sequência, foram selecionadas as intervenções e ações de Enfermagem, a partir do instrumento em adaptação, da experiência da autora e da pesquisa na literatura pertinente, a saber: livro de ligação NANDA-NIC-NOC (JOHNSON *et al.*, 2012) e com o livro da Classificação das intervenções de Enfermagem – NIC (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016), com o intuito de se ter uma nomenclatura padronizada para as intervenções e ações de Enfermagem.

Destaca-se que os diagnósticos, resultados e intervenções que foram propostos tomam por base como sistema de classificação a NANDA-Internacional, a 5ª edição da

Nursing Outcome Classification (NOC) e a 6ª edição da *Nursing Interventions Classification* (NIC), assim como foram estruturados e organizados com base nos 35 níveis de necessidades das três dimensões da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 2018), para a execução da versão da tecnologia a ser validada pelos especialistas em Processo de Enfermagem, para avaliar a confiabilidade, aplicabilidade e utilidade do instrumento para uso na UCIM em estudo.

4.3 Validação do Instrumento

A validação atesta a confiabilidade dos instrumentos quanto à qualidade, diminuindo as chances de erros e aumentando a credibilidade da utilização na prática (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2011). Nesta etapa, o instrumento foi submetido à validação de especialistas com o objetivo de avaliar o conteúdo contemplado (validação de conteúdo) e a apresentação (validação de aparência).

A validação de conteúdo visa verificar se os conceitos apresentados no instrumento abrangem todas as dimensões e domínios pertinentes ao assunto, e também se estão expressos corretamente, condizentes com os objetivos propostos. A validação de aparência visa avaliar o instrumento de forma subjetiva quanto à clareza e compreensão (POLIT; BECK, 2011; LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

Nesse sentido, para validação do instrumento com a finalidade de torná-lo confiável, seguro e prático, e avaliar se está bem fundamentado em princípios ou evidência e capaz de resistir a críticas (FEHRING, 1987) foi realizada análise por especialistas no assunto, em Processo de Enfermagem (PE), da assistência e também da pesquisa que realizaram análise de conteúdo e aparência.

Nesta etapa, o instrumento foi avaliado e validado por juízes especialistas em PE, por entenderem da teoria necessária à confiabilidade e aplicabilidade do instrumento para atender às necessidades do serviço, bem como a praticidade do instrumento para conferir celeridade ao processo assistencial.

Quanto ao quantitativo de juízes, a literatura é diversificada, não existindo uma padronização. Alguns autores recomendam de seis a vinte juízes (RUBIO *et al.*, 2003; PASQUALI, 1999; BERTONCELLO, 2004). Outros indicam valores entre três a dez juízes (LYNN, 1986).

Portanto, neste estudo, optou-se por utilizar a recomendação de Bolfarine; Bussab (2005), que propõe a seguinte fórmula para calcular este quantitativo:

$$n = Z\alpha^2 \cdot P \cdot (1 - P) = 1,96^2 \times \frac{0,85 \times 0,15}{0,15^2} = 22$$

Onde, "Z α " refere-se ao nível de confiança adotado, "P" representa a proporção esperada de especialistas indicando a adequação da cada item, e "d" representa a diferença proporcional aceitável em relação ao que seria esperado, considerando Z α = 1,96 (intervalo de confiança de 95%), P = 85% e 15% de erro, têm-se um número de 22 juízes especialistas (BOLFARINE; BUSSAB, 2005).

A seleção dos juízes se deu por conveniência e de rede ou bola de neve, cujo método é utilizado para localização de amostras difíceis de serem encontradas de outra maneira. Serão selecionados por currículo lattes ou por indicação de outros profissionais da área.

Cabe ressaltar que no processo de validação de conteúdo é importante e necessário que os juízes sejam realmente *experts* na temática em estudo, pois, apenas especialistas e conhecedores da temática podem analisar corretamente o constructo e contribuir para a construção de uma ferramenta que seja de fato válida e aplicável à realidade em estudo.

Porém, a seleção de peritos é um tema que tem gerado muitas controvérsias na literatura. Não há consenso sobre os critérios para classificação de peritos e muitos estudos de validação de conteúdo têm utilizado uma variedade de critérios para definir a inclusão da amostra ou, simplesmente, não especificam os critérios adotados ficando, desta forma, o processo de validação prejudicado, pois a adoção de critérios inadequados interfere na fidedignidade dos achados (MONTE, 2013).

A pesquisa sobre diagnósticos de enfermagem tem sido fortemente influenciada pela proposta de Fehring. Um levantamento desenvolvido sobre os modelos de validação de diagnósticos de enfermagem mostrou que 58,3% dos estudos utilizavam as recomendações deste autor (LOPES, SILVA, ARAÚJO, 2013). Para esses autores, apesar dos critérios de Fehring serem amplamente utilizados nos estudos de validação para seleção de juízes, ele privilegia os atributos relacionados à formação acadêmica em detrimento da experiência clínica.

Oliveira (2015) propôs em seu estudo critérios adaptados a partir dos critérios de Fehring para classificação de juízes especialistas, os quais iremos adotar nesta pesquisa para selecionar os especialistas em SAE, que deverão atingir o mínimo de 5 pontos conforme os quesitos descritos no quadro 4.

Quadro 4: Critério para avaliação de especialistas em Processo de Enfermagem. Fortaleza-CE, 2019.

ESPECIALISTA	Pontuação
Doutorado ou mestrado em Enfermagem	1 ponto
Tese ou dissertação na temática de Processo de Enfermagem	2 pontos
Especialização ou Residência em Enfermagem Obstétrica ou Terapia Intensiva	2 pontos
Monografia de graduação ou de especialização na temática de Processo de Enfermagem	0,5 ponto
Participação em grupos/projetos de pesquisa que envolvam a temática de Processo de Enfermagem	0,5 ponto
Autoria em trabalho publicado em periódicos com a temática de Processo de Enfermagem, nos últimos três anos	0,5 ponto
Experiência docente na temática de Processo de Enfermagem	3 pontos
Atuação prática em UTI materna	3 pontos
Atuação prática em UTI adulto	1 ponto
Orientações de trabalho na temática de Processo de Enfermagem	1 ponto
Participação em bancas avaliadoras de trabalhos que envolvam a temática de Processo de Enfermagem	0,5 ponto

Fonte: Adaptado de Fehring (1994); Oliveira (2015)

Baseado nesses critérios de elegibilidade, foram selecionados 50 juízes, sendo 22 (vinte e dois) da assistência e 28 (vinte e oito) da docência. Destes, tivemos retorno de um total de 22 (vinte e dois) juízes, atingindo a amostra proposta, sendo 12 (doze) da assistência e 10 (dez) da docência.

O primeiro contato foi realizado através do envio de uma carta convite por correio eletrônico (APÊNDICE A), com objetivos e proposta de coleta de dados do estudo. Quando houve o contato com os primeiros profissionais foi solicitada a indicação de outros possíveis especialistas que se enquadrassem nos critérios de elegibilidade estabelecidos (LOBIONDO-WOOD; HERBER, 2001; POLIT; BECK, 2011).

Juntamente da carta convite foi enviada a versão inicial do PE em formato *pdf* para os especialistas e o questionário de avaliação de aparência e conteúdo (APÊNDICE C), o qual seria avaliado.

Para execução da análise de aparência e conteúdo, elaborou-se um questionário eletrônico utilizando o *Google Forms*[®], que é uma ferramenta para construção *on-line*, disponível na internet que oferece uma versão gratuita e para assinantes. Ela possibilita o envio via e-mail e por mensagens eletrônicas aos participantes e emissão de relatórios individuais e conglomerado. A plataforma também foi uma ferramenta utilizada em estudos para validação dos Subconjuntos Terminológicos da CIPE[®] para a pessoa com síndrome metabólica e com infarto agudo do miocárdio (FÉLIX, 2019; PASSINHO *et al.*, 2019).

O questionário eletrônico foi construído inicialmente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), contendo texto explicativo

acerca do estudo, seus riscos e benefícios; após, a caracterização do participante e os aspectos referentes ao instrumento a ser validado.

Foi estabelecido um prazo de 15 (quinze) dias para a análise e devolução do questionário de avaliação também através do correio eletrônico, sendo esse prazo renovado em uma vez pelo mesmo período de tempo.

Para validação de aparência e conteúdo foi utilizado um questionário de avaliação (APÊNDICE C) organizado conforme a Escala do tipo *Likert* (1932), onde os juízes responderam considerando os escores adotados, contendo cinco graus de valorização: (1) “Concordo totalmente”; (2) “Concordo parcialmente”; (3) “Indiferente”; (4) “Discordo parcialmente”; (5) “Discordo totalmente”.

Para cada item pontuado com (4) “discordo parcialmente” ou (5) “discordo totalmente” foi solicitado aos juízes que descrevessem as justificativas para pontuar com estes escores, afim de que fosse realizada também uma análise dessas justificativas e procedidos os ajustes necessários.

No que se refere à organização e análise dos dados, foram utilizados testes estatísticos de concordância e Índice de Validação de Conteúdo (IVC), técnica que mede a concordância dos juízes quanto à representatividade dos itens em relação ao conteúdo em estudo (RUBIO et al, 2003).

O cálculo do IVC se dá pela média ponderada das respostas atribuindo-se peso 5 para a resposta (1) “Concordo totalmente”, 4 para (2) “Concordo parcialmente”, 3 para (3) “Indiferente”, 2 para (4) “Discordo Parcialmente” e 1 para (5) “Discordo Totalmente”.

$$IVC = 100 \times \frac{5x(n^{\circ} \text{ resp. } 1) + 4x(n^{\circ} \text{ resp. } 2) + 3x(n^{\circ} \text{ resp. } 3) + 2x(n^{\circ} \text{ resp. } 4) + 1x(n^{\circ} \text{ resp. } 5)}{n^{\circ} \text{ total de respostas}}$$

Dessa forma, foram calculados os IVCs por item e por instrumento, e os valores de concordância entre 79 e 100 foram considerados satisfatórios (POLIT; BECK, 2019), sendo atribuídos à aprovação dos juízes com relação à permanência dos itens avaliados. Abaixo desse valor, o item precisou ser revisto e ajustado para conclusão da validação.

As sugestões dos juízes foram analisadas e, quando pertinentes, acatadas. Para a identificação dos juízes foi adotada a sigla “JPE”, seguida de um número arábico em uma sequência estabelecida de forma aleatória. Esses dados foram organizados em quadros para apresentação das sugestões propostas e análise qualitativa concomitante, sendo descritos os ajustes realizados.

Para análise de dados foi utilizado o *software Statistical Package for Social Science SPSS* versão 24.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Foram calculadas frequências absoluta e relativa para variáveis qualitativas, bem como, média, desvio padrão, quartis, mínimo e máximo para quantitativas. Foi calculado ainda o alpha de Cronbach que, em uma escala de 0 a 1, avalia a confiabilidade de um instrumento ou seja, a consistência interna, sendo 0,7 o valor mínimo aceitável para considerar esta ferramenta confiável (POLIT; BECK, 2019; ESPINOZA-VENEGAS *et al*, 2015), valor este considerado referência para a análise desta pesquisa.

4.4 Aspectos Éticos

O estudo respeitou os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme determina a Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012, respeitando os princípios de confidencialidade e proteção da identidade, garantindo resguardo das informações e proteção contra sua revelação não autorizada respeitando a vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida (BRASIL, 2012).

Garante-se que a pesquisa não trouxe nenhum prejuízo a instituição e nem aos usuários, acarretando um risco mínimo, haja vista tratar de uma pesquisa onde não houve a divulgação da identificação dos participantes, bem como exposição a riscos inerentes ao processo de coleta e análise dos dados.

Como benefícios do estudo, pode-se organizar os processos assistenciais no que concerne ao PE na UTI materna e direcionar o cuidado individualizado, sistematizado e humanizado às pacientes em estudo, com vistas à qualidade da assistência, segurança do paciente e efetividade do cuidado.

O presente estudo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da MEAC para apreciação ética, com parecer favorável, nº 4.145.669. Os dados e as informações coletadas foram utilizados na elaboração dos resultados do estudo, e posteriormente serão publicados em periódicos científicos, expostos em eventos da área da saúde e Enfermagem e divulgados na instituição e sociedade acadêmica.

5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em duas subseções, conforme os objetivos e metodologia propostos nesta pesquisa. Na primeira, foi descrito o processo de desenvolvimento da revisão de literatura e a adaptação do histórico de Enfermagem e do instrumento assistencial. Na segunda, está apresentada a validação de aparência e conteúdo do histórico de Enfermagem e do instrumento assistencial.

5.1 Construção do Instrumento Assistencial de Enfermagem às pacientes internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Materna

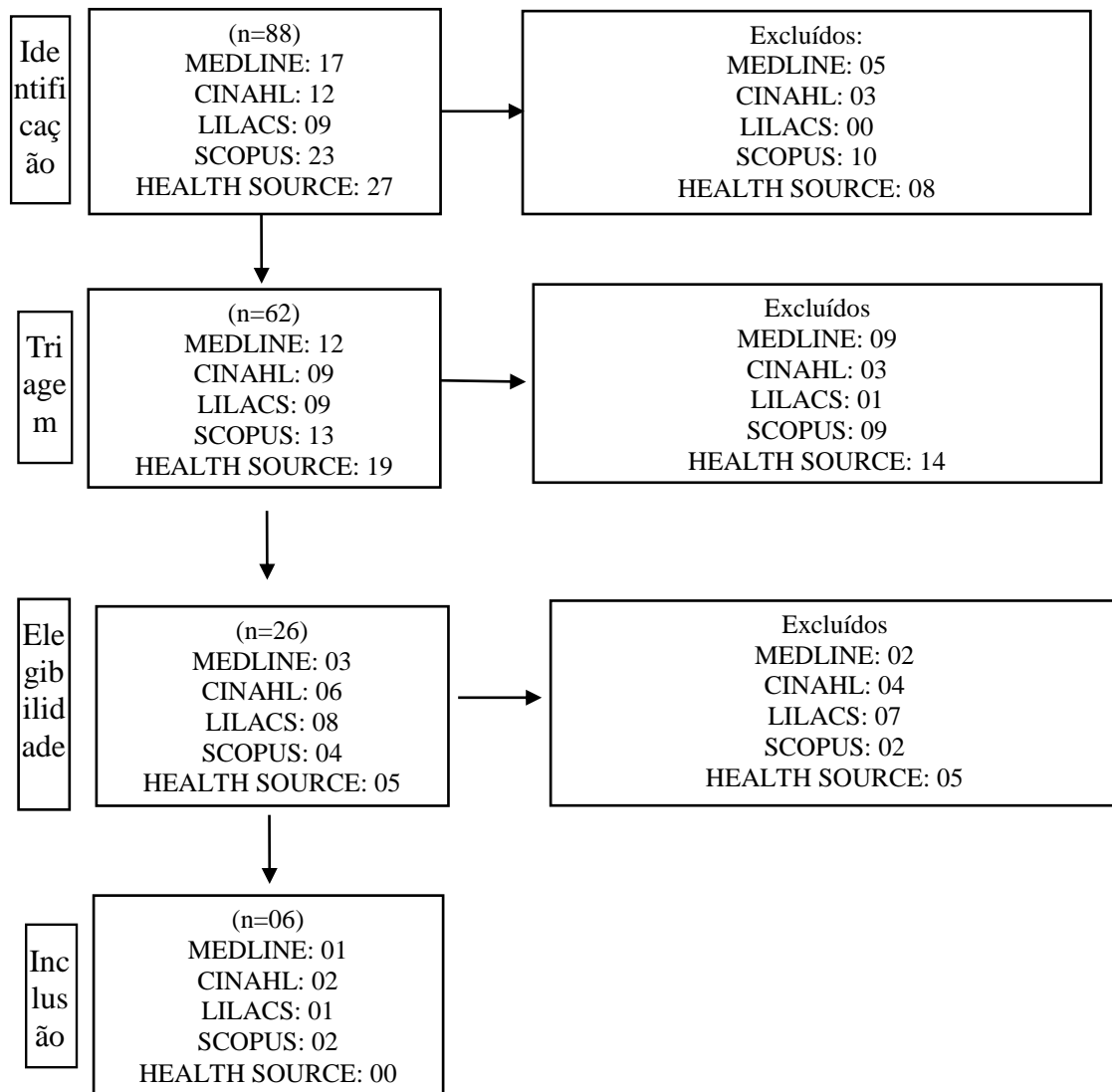
Na presente subseção será descrito o processo de desenvolvimento da revisão de literatura e adaptação do histórico de enfermagem e do instrumento tecnológico assistencial.

Para elaboração da revisão foi utilizado o método *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA). A busca foi realizada aos pares, pelo acesso online, no mês de julho de 2020, sendo a amostra final desta revisão integrativa constituída por seis artigos, conforme ilustrado na Figura 4.

Ao ponderar a experiência assistencial com o Processo de Enfermagem (PE) em instituições com perfil de cuidado crítico, no ciclo gravídico-puerperal, é perceptível a complexidade do cuidado de Enfermagem, e a necessidade da adoção de práticas sistematizadas. Através dessa ferramenta de gestão, é possível organizar os serviços de enfermagem quanto ao dimensionamento do quadro de profissionais, garantindo maior segurança e qualidade a assistência.

Dessa forma, a elaboração de um plano de cuidados específico e fundamentado nas classificações de enfermagem, favorece a construção do pensamento crítico e julgamento clínico dos enfermeiros responsáveis pela assistência.

Figura 4: Fluxograma de seleção dos artigos para a revisão integrativa da literatura, elaborado a partir das recomendações PRISMA. Fortaleza-CE, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2020.

Após seleção dos artigos nas bases de dados, iniciou-se a leitura deles, e com isto prosseguiu-se para a terceira etapa desta revisão. Nesta etapa, procedeu-se a uma avaliação geral dos estudos incluídos nesta revisão integrativa, de modo a se produzir um agrupamento dos estudos quanto ao delineamento de pesquisa, bem como a formação de categorias temáticas, o que auxiliou a realização das demais etapas do estudo. A análise do delineamento de pesquisa dos artigos foi fundamentada nos conceitos descritos por Polit, Beck e Hungler (2018).

Os estudos foram avaliados conforme os critérios estabelecidos pelo Centro de Medicina Baseada em Evidências (CEBM) quanto ao nível de evidência e grau de

recomendação. Assim, a qualidade da evidência é classificada em quatro níveis: alta, moderada, baixa ou muito baixa. A qualidade da evidência reflete o quanto estamos confiantes no resultado apresentado. Se a revisão apresentou o resultado de um desfecho classificado como de qualidade alta, entende-se que pesquisas futuras dificilmente modificarão o efeito observado; ao passo que um desfecho de qualidade muito baixa provavelmente terá vieses a serem alterados com a publicação futuras (OXFORD, 2009).

Na *Oxford* recomenda-se a elaboração de tabela síntese, contendo os resultados do desfecho (número de estudos que contribuíram para os achados, valor da medida de associação e respectivo intervalo de confiança). O resultado do julgamento de cada um dos fatores que alteram a qualidade da evidência (inclusive a justificativa para rebaixar ou aumentar a qualidade) e o resultado da avaliação da qualidade para aquele desfecho (alta, moderada, baixa ou muito baixa). Desta forma, os resultados não são dissociados da sua qualidade, facilitando tomadas de decisão a partir da evidência produzida pela revisão.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, a fim de atingir o objetivo desse método.

Realizou-se a disposição das principais informações contidas nos artigos selecionados, tais como autor, ano e país de publicação, nível de evidência, descrição das estratégias educativas realizadas e classificação das mesmas, foram dispostas no quadro sinóptico abaixo (QUADRO 5).

Quadro 5: Estudos selecionados conforme objetivos da pesquisa. Fortaleza-CE, Brasil, 2020.

Nº	Autores	Periódico	Ano	País	NE*	Tipo de estudo	Objetivo do estudo
01	Oliveira; Freitas	Rev. Bras. Enferm.	2009	Brasil	2C	Estudo retrospectivo	Identificar os Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes e propor intervenções para mulheres internadas em uma unidade de terapia intensiva materna de um hospital público de Fortaleza-CE.
02	Reiners <i>et al.</i>	Rev. Min. Enferm.	2009	Brasil	2C	Estudo descritivo e exploratório	Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma clientela de gestantes hipertensas internadas em um hospital universitário da rede pública de saúde de Cuiabá-MT.
03	Moraes <i>et al.</i>	Saúde Coletiva	2011	Brasil	2C	Estudo metodológico	Elaborar uma proposta de plano assistencial às mulheres com síndrome Hellp, tendo em vista as etapas do Processo de Enfermagem baseado nos principais diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).
04	Neves; Araújo; Lacerda	Enferm. Foco	2014	Brasil	2C	Abordagem quantitativa	Definir a prevalência dos diagnósticos de enfermagem no Centro Obstétrico (CO), na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIp), na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIn), no Alojamento Conjunto (Alcon) e na Unidade de Pediatria do HMIB, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).
05	Medeiros <i>et al.</i>	Rev. Gaúcha Enferm.	2016	Brasil	2C	Estudo descritivo, documental e retrospectivo	Avaliar o uso de diagnósticos e intervenções de enfermagem propostos para mulheres em trabalho de parto e gestantes de alto risco
06	Teles <i>et al.</i>	Enferm. Foco	2019	Brasil	2C	Estudo descritivo e retrospectivo	Identificar os diagnósticos de enfermagem em um centro de referência de gestação de alto risco.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2020.

Quadro 6: Diagnósticos de Enfermagem presentes nos estudos. Fortaleza-CE, Brasil, 2020.

Nº	Diagnósticos de Enfermagem
01	“Risco para infecção”, “Risco para desequilíbrio no volume de líquidos”, “Risco para aspiração”, “Risco para integridade da pele prejudicada”; “Maternidade alterada”, “Mobilidade física prejudicada”, “Ansiedade” e “comunicação verbal prejudicada”.
02	“Conhecimento deficiente sobre seu problema de saúde”, “Manutenção ineficaz da saúde”, “Controle ineficaz do regime terapêutico”, “Ansiedade”, “Padrão de sono perturbado”, “Imagem corporal perturbada”, “Padrão de sexualidade alterado” e “Volume excessivo de líquidos”.
03	“Risco de função hepática prejudicada, relacionadas à lesão hepática ou aumento das enzimas hepáticas”, “Risco de desequilíbrio eletrolítico, relacionado a efeitos secundários”, “Risco para desequilíbrio do volume de líquidos, relacionado à restrição ao leito e função renal”, “Padrão respiratório ineficaz, caracterizado por ventilação minuto irregular, relacionado à patologia de base”, “Risco de integridade da pele prejudicada, relacionado ao estado metabólico alterado e imobilidade física”, “Ansiedade, caracterizada por preocupação, relacionado à mudança no seu estado de saúde”.
04	“Risco de infecção”, “Amamentação eficaz”, “Risco de desequilíbrio na temperatura corporal”, “Risco de glicemia instável”, “Icterícia neonatal”, “Amamentação interrompida”, “Risco de atraso no desenvolvimento”, “Processos familiares interrompidos”, “Integridade da pele prejudicada”, “Risco de sangramento”, “Conforto prejudicado”, “Dor aguda”, “Ansiedade”, Risco de diáde mãe/feto perturbada”, “Desobstrução ineficaz das vias aéreas”, “Deglutição prejudicada”, “Padrão respiratório ineficaz”, “Troca de gases prejudicada” e “Débito cardíaco diminuído.
05	“Dor aguda”, “Náuseas”, “Mobilidade física prejudicada”, “Padrão de sono alterado”, “Déficit no autocuidado”, “Ansiedade”, “Risco para vínculo pais-filho alterado”, “Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais”, “Integridade da pele prejudicada”, “Constipação”, “Risco para constipação relacionada a hemorroidas”, “Risco para padrão respiratório” e “Comunicação verbal prejudicada”.
06	“Conforto prejudicado”, “Risco de infecção”, “Manutenção ineficaz da saúde”, “Dor aguda”, “Risco de sangramento”, “Integridade de integridade da pele prejudicada”, “Risco de quedas” e “Risco de trauma”.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2020.

Dos seis artigos selecionados, houve um recorte temporal dos últimos dez anos (2009 a 2019), e somente dois (2/25%) contemplaram os aspectos da atualidade, quanto a implementação de todas as etapas do PE a mulher no ciclo gravídico-puerperal, em UTI. Achados esses, que ainda representam um índice alarmante da desvalorização da enfermagem enquanto ciência, mesmo havendo uma legislação sancionada para obrigatoriedade da implantação desse método em todos os ambientes públicos, privados e filantrópicos que prestem cuidados de Enfermagem.

A paciente com gestação que evolui para cuidados críticos é determinada a

partir de condições clínicas preexistentes ou diagnosticadas pela primeira vez durante a gestação, além de intercorrências clínicas, podendo gerar uma evolução desfavorável da mesma e o óbito materno. Este estudo identificou os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em gestante conforme os dados contidos na literatura.

Mediante o processo de apresentação e sumarização dos DE, notou-se uma limitação preestabelecida, voltados a um perfil de clientela generalizado, fugindo de um cuidado individualizado conforme as respostas humanas manifestadas.

Instrumentos do PE fundamentados em teoria, proporcionam aos enfermeiros conhecimento e habilidade quanto a construção do pensamento crítico-reflexivo para tomada de decisão segura e imediata, com base nas respostas humanas apresentadas pela clientela. Nesse contexto, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Horta, oportuniza essa mudança de paradigmas impostos pela categoria profissional da Enfermagem.

Quanto aos níveis de evidência, todos foram considerados como evidências de moderadas, demonstrando que há uma preocupação por parte dos pesquisadores de seguir um maior rigor metodológico e utilizar tipos de estudos que fornecem um maior poder de generalização em relação aos achados da pesquisa.

O diagnóstico conforto prejudicado foi caracterizado a partir de fatores que proporcionavam um ambiente desfavorável às gestantes com modificações biológicas e até mesmo psicossociais, como irritabilidade, ansiedade e relato de desconforto. Risco de infecção associou-se principalmente pelo ambiente insalubre ao qual a gestante recebe tratamento.

A mobilidade física prejudicada também é relacionada e está presente em todos os artigos, uma vez que a gestante necessitará de medicações e cuidados que exigirão menos gasto metabólico, com isso, acabam em coma induzido, os estudos do quadro 1 apresentaram semelhança parecida na prevalência desses diagnósticos.

O PE individualiza, organiza e sistematiza a assistência de Enfermagem. Dessa forma, a elaboração de instrumentos refletindo uma fundamentação teórica, adotada conforme perfil clínico, profissional e institucional, favorece a implantação desse processo.

Desde a coleta de dados objetivos e subjetivos, com a construção da relação interpessoal entre enfermeiro/cliente, julgamento clínico das respostas humanas manifestadas e o seu grau de dependência da enfermagem, refletem na identificação dos DE e Resultados de Enfermagem (RE), para planejamento das intervenções e

atividades de Enfermagem a serem implementadas e avaliadas após um período estabelecido por cada Instituição

Sistematizar a prática de Enfermagem é uma meta desafiadora desde a década de 60, quando Horta introduzia a fundamentação teórica na sua prática assistencial. Com a evolução das tecnologias, o mercado de trabalho ficou cada vez mais seletivo, em busca de profissionais versáteis, capazes de inovar e impactar os serviços de saúde em que exercitam suas práticas laborais. O enfermeiro que domina as teorias e é capaz de refletir suas práticas com base em evidências, garante maior autonomia e credibilidade no mercado de trabalho.

A aplicação do processo de Enfermagem é desafiadora para o enfermeiro. Ele deverá julgar de forma clínica e crítica as necessidades do paciente. Isso torna o profissional enfermeiro mais autônomo para o cuidado. Após a aplicação dos diagnósticos de Enfermagem, o profissional contribui para o benefício do paciente, baseados em evidências científicas e sintetizados conforme suas reais necessidades.

Devido a escassez da literatura, além da escassez de estudos que descrevam os principais diagnósticos de Enfermagem a gestantes em situação crítica, este estudo traz uma contribuição para novas descobertas acerca da temática. Não obstante, os achados motivam reflexão acerca da necessidade de mais estudos que contribuam para a linha temática.

Contudo, os estudos ainda não têm um alto rigor metodológico, fator esse que pode trazer interpretações errôneas. Portanto, esses resultados ressaltam que é necessário atentar-se ao rigor metodológico, bem como a produção de materiais que estimulem os estudos observacionais bem delineados e estudos de intervenção para verificar a realidade da implementação do processo de Enfermagem nas gestantes em situação de criticidade.

A partir dos achados anteriormente explicitados pela revisão e, alinhados com a experiência da autora na assistência e na gestão no setor em estudo, foram realizadas alterações do instrumento do Histórico de Enfermagem (HE) (ANEXO 1) e do Plano de Cuidado de Enfermagem à Gestante de Alto Risco (ANEXO 2).

Desse modo, o instrumento do HE foi estruturado e apresentado por meio de quatro categorias de dados: I. Identificação; II. Necessidades Humanas Básicas; III. Exame Físico; e IV. Avaliação das Necessidades Humanas Básicas. Em relação a primeira categoria, foi mantida semelhante ao instrumento utilizado pela instituição *locus* da pesquisa, alterando o item “religião”, visto que, o mesmo encontra-se descrito

nos indicadores das necessidades psicoespirituais. Assim como, foi acrescentando o item “informante”, considerando o perfil crítico e estado neurológico comprometido, que acomete o maior percentual de admissões na UTI.

O instrumento do HE utilizado na prática assistencial dessa UTI Materna, foi fundamentado na Teoria das NHB, porém com informações limitadas para a identificação das respostas humanas, estruturado por sistemas e não por NHB, relacionado a um conteúdo direcionado a prática biomédica. Mediante tais fragilidades identificadas, foi elaborado uma adaptação desse instrumento mencionado, através do referencial teórico-metodológico de Horta e da literatura pertinente a temática.

Os dados referentes à antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos, bem como os dados da gestação atual, da forma como são apresentados nesse instrumento, pouco tem a contribuir da tomada de decisão do Enfermeiro para a definição de diagnósticos e prescrição de cuidados de Enfermagem sendo, dessa forma, excluídos na nossa proposta de validação.

Na seção III, referente ao exame físico, foi refeita a forma de apresentação levando em consideração a proposta do exame físico céfalo-podal e não por sistemas, como propõem o HE em uso atualmente no serviço. A nova formatação propõem uma avaliação menos objetiva, neste ponto, deixando duas opções de escolha inicial, “sem alterações” e “alterados” com espaço para descrição subjetiva das partes alteradas, ficando a critério do Enfermeiro a forma de descrição, facilitando o processo de registro do exame físico, bem como de forma a contribuir para a evolução de acompanhamento das pacientes.

Ainda dentro do exame físico, foi acrescentado o campo “Outros dados relevantes e observações do Enfermeiro” para que sejam registrados dados complementares, mais individualizados, corroborando com a proposta de cuidado humanizado e individualizado, centrado no sujeito, foco deste estudo.

Foi retirado o *checklist* pré-operatório proposto no HE em uso na Instituição, tendo em vista esse *checklist* já está disponível em outras ferramentas e constituir um campo obsoleto no momento da admissão na UTI em estudo, já que a maioria das pacientes admitidas são puérperas, já em pós operatório de cesariana.

A seção IV proposta do HE para validação, inclui a avaliação das necessidades humanas básicas, subdividindo-se em: 1) Necessidades afetadas e 2) Grau de dependência da Enfermagem. Trata-se da base para a implementação do plano de cuidados, por se constituir um resumo da coleta de dados, o que vai direcionar a seleção

dos diagnósticos de Enfermagem e a prescrição de cuidados pelo Enfermeiro. Finalizados os ajustes, foi definida a primeira versão do Histórico de Enfermagem, conforme consta no apêndice D.

No que tange ao Plano de Cuidado de Enfermagem à Gestante de Alto Risco (ANEXO 2), após a análise dos resultados da revisão integrativa alinhada à experiência prática da autora na assistência na UTI em estudo, bem como na execução do Processo de Enfermagem, alguns ajustes foram realizados para torná-lo aplicável à realidade da terapia intensiva materna.

Dos 21 (vinte e um) diagnósticos dispostos no referido instrumento, foram excluídos 10 (dez) diagnósticos: “Obesidade/Sobrepeso”, “Náusea”, “Padrão de sono prejudicado”, “Fadiga”, “Déficit no autocuidado para banho”, “Déficit no autocuidado para higiene íntima”, “Disposição para melhora do autocuidado”, “Manutenção ineficaz da saúde”, “Conhecimento deficiente”, “Ansiedade”.

Justifica-se as exclusões dos diagnósticos “Obesidade/Sobrepeso”, “Náusea” e “Fadiga” por não serem considerados tão relevantes para a prática clínica, tendo suas intervenções contempladas em outros diagnósticos e também por não aparecerem nos resultados da revisão integrativa; exceto o diagnóstico “Nausea” que foi citado em um dos estudos apenas.

Os diagnósticos “Déficit no autocuidado para banho”, “Déficit no autocuidado para higiene íntima”, “Disposição para melhora do autocuidado”, “Manutenção ineficaz da saúde” também foram retirados por serem diagnósticos que pouco colaborariam para a recuperação da saúde da paciente neste setor, tendo em vista as limitações já impostas pela própria internação em UTI e pelo grau de dependência dessas pacientes. Estes diagnósticos também não foram pontuados na revisão integrativa; exceto o o diagnóstico “Manutenção ineficaz da saúde” que foi citado em apenas 2 (dois) dos 6 (seis) estudos.

O diagnóstico “Ansiedade”, apesar de está presente em cinco dos seis estudos da revisão integrativa, foi excluído por ser muitas vezes confundido com o diagnóstico “Medo” e também por suas intervenções propostas no NIC serem bastante semelhantes.

O diagnóstico “Padrão de sono prejudicado” foi substituído pelo diagnóstico “Distúrbio no padrão de sono”, por ser considerado mais abrangente e atender melhor às necessidades do serviço, apesar de estes serem bem semelhantes.

O diagnóstico “Conhecimento deficiente” foi excluído por não ter grande impacto nas intervenções de Enfermagem para paciente sob cuidados intensivos, não

desmerecendo a importância de auxiliar a paciente e familiares no conhecimento sobre o processo saúde-doença bem como nas condutas assistenciais implementadas, tendo em vista ser considerada uma obrigação da equipe como legislação profissional, cuidado humanizado e assistência integral, independente de implementação de intervenções.

Foram mantidos 11 (onze) diagnósticos: “Dor aguda”, “Volume de líquidos excessivo”, “Volume de líquidos deficiente”, “Conforto prejudicado”, “Constipação”, “Eliminação urinária prejudicada”, “Mobilidade física prejudicada”, “Risco de infecção”, “Integridade da pele prejudicada”, “Integridade tissular prejudicada”, “Medo”.

Acrescentados 23 diagnósticos, após avaliação dos resultados da revisão integrativa e leitura minuciosa do sistema de classificação a NANDA-Internacional (HERDMAN, KAMITSURU, 2018), com paralelo com a prática clínica da autora na UTI em estudo. No quadro 7 estão descritos os diagnósticos acrescentados.

QUADRO 7: Distribuição dos diagnósticos de Enfermagem que foram acrescentados para compor a 1ª versão do instrumento assistencial de Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil, 2020.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Padrão respiratório ineficaz
Troca de gases prejudicada
Ventilação espontânea prejudicada
Resposta disfuncional ao desmame ventilatório
Deglutição prejudicada
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais
Risco de glicemia instável
Diarreia
Distúrbio no padrão de sono
Risco de quedas
Integridade da membrana mucosa oral prejudicada
Risco da integridade da pele prejudicada
Perfusão tissular periférica ineficaz
Risco de lesão por pressão
Hipertermia
Hipotermia
Risco de desequilíbrio eletrolítico
Risco de aspiração
Risco de choque
Risco de sangramento
Confusão aguda
Religiosidade prejudicada
Sofrimento espiritual

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2020.

Ao final deste percurso, construiu-se um instrumento assistencial com 34

diagnósticos, que foram organizados pelas necessidades humanas básicas (psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais) a partir dos seus níveis de necessidades, os quais estão dispostos no quadro 8.

Dos 34 diagnósticos, a maioria deles (29/85,3%) abrangem as necessidades psicobiológicas, destes, quatro estão no nível de “Oxigenação” (11,8%), três estão no nível de “Nutrição” (8,8%), três estão no nível de “Eliminação” (8,8%), um está no nível de “Sono e repouso” (2,9%), dois estão no nível de “Locomoção” (5,9%), cinco estão no nível de “Integridade cutaneomucosa” (14,7%) e 11 estão no nível de “Regulação” (32,4%).

Dentro das necessidades psicossociais, estão três diagnósticos de Enfermagem (8,8%), distribuídos em dois níveis de necessidades: “Segurança” (2 / 5,9%) e “Orientação no tempo e espaço” (1/2,9%). As necessidades psicoespirituais contemplam dois diagnósticos (2/5,9%), dentro do nível de necessidade “Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida”.

QUADRO 8: Distribuição dos diagnósticos de Enfermagem que compõem a primeira versão do instrumento assistencial de Enfermagem, por necessidades humanas básicas e níveis de necessidade. Fortaleza-CE, Brasil, 2020.

Necessidades Humanas Básicas, segundo Horta, 2018.	Níveis de necessidades	Diagnósticos de Enfermagem
Necessidades Psicobiológicas	Oxigenação	Padrão respiratório ineficaz Troca de gases prejudicada Ventilação espontânea prejudicada Resposta disfuncional ao desmame ventilatório
	Nutrição	Deglutição prejudicada Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais Risco de glicemia instável
	Eliminação	Eliminação urinária prejudicada Constipação Diarreia
	Sono e repouso	Distúrbio no padrão de sono
	Locomoção	Risco de quedas Mobilidade física prejudicada
	Integridade cutaneomucosa	Integridade da membrana mucosa oral prejudicada Integridade da pele prejudicada Risco da integridade da pele prejudicada Integridade tissular prejudicada Risco de lesão por pressão

	Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular	Perfusão tissular periférica ineficaz Hipertermia Hipotermia Risco de desequilíbrio eletrolítico Volume de líquido excessivo Volume de líquido deficiente Dor aguda Risco de infecção Risco de aspiração Risco de choque Risco de sangramento
Necessidades Psicossociais	Segurança	Medo Conforto prejudicado
	Orientação no tempo e espaço	Confusão aguda
Necessidades Psicoespirituais	Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida	Religiosidade prejudicada Sofrimento espiritual

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2020.

Após a definição conceitual dos DE, foram construídos os indicadores diagnósticos, os quais foram elencados levando em consideração o perfil de paciente do serviço em estudo bem como a experiência prática da pesquisadora como enfermeira assistencial e gestora de Enfermagem desta unidade e na sequência, foram selecionadas as intervenções e ações de Enfermagem.

Ao final, resultou na elaboração da primeira versão do “**Plano de Cuidado de Enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal em cuidados intensivos**”, conforme apresentada no apêndice E, para posterior submissão a processo de validação de aparência e conteúdo com juízes especialistas.

5.2 Validação de aparência e conteúdo por juízes especialistas

O processo de validação pelos juízes ocorreu em um período total de 30 dias e de forma totalmente *online*, com a participação de 22 juízes, caracterizados na tabela 1, a seguir:

TABELA 1: Distribuição dos dados sociodemográficos dos avaliadores. Fortaleza-CE, Brasil, 2020.

Variável	F	%
SEXO		
Feminino	18	81,8
Masculino	4	18,2
IDADE		
30-39	14	63,6

40-49	06	27,3
50-61	02	9,1
UNIDADE FEDERATIVA		
Nordeste		
Ceará	14	63,6
Piauí	02	9,2
Paraíba	01	4,5
Pernambuco	01	4,5
Rio Grande do Norte	01	4,5
Sudeste		
Minas Gerais	02	9,2
Norte		
Tocantins	01	4,5

F: frequência absoluta; %: frequência relativa

Os especialistas se concentraram na faixa etária entre 30 e 61 anos, com média de $38,5 \pm 7,0$ e mediana (1° - 3° quartil) 38,5 (33,8 - 40,3). Quanto ao estado de residência, contou-se com a participação de pessoas de sete estados, com destaque para a região Nordeste, com a participação de cinco estados, destacando-se o do Ceará.

Quanto ao perfil profissional dos avaliadores, tem-se a tabela 2.

TABELA 2: Distribuição dos dados do perfil profissional dos avaliadores. Fortaleza-CE, Brasil, 2020.

Variável	F	%
TEMPO DE FORMAÇÃO*		
0-9	02	9,1
10-19	18	81,9
20-29	01	4,5
30-40	01	4,5
TITULAÇÃO MÁXIMA		
Pós Graduação <i>lato sensu</i>	10	45,5
Pós Graduação <i>stricto sensu</i> – Nível Mestrado	03	13,6
Pós-Graduação <i>stricto sensu</i> – Nível Doutorado	08	36,4
Pós-doutorado	01	4,5
ÁREA DE ATUAÇÃO		
Assistência	15	68,2
Docência	13	59,1
Gestão	4	18,2
TEMPO DE ATUAÇÃO*		
0-9	07	31,9
10-19	13	59,1
20-29	01	4,5
30-40	01	4,5

F: frequência absoluta; %: frequência relativa; *: em anos.

Acerca do tempo de formação e atuação os dois caracterizaram-se entre 3 e 40 anos, sendo no primeiro a média $14,0 \pm 7,0$ e mediana (1° - 3° quartis) 38,5 (33,8 - 40,3) e no segundo média $12,0 \pm 8,0$ e mediana (1° - 3° quartis) 12,0 (10,0-17,0), tendo

titulação máxima mais frequente graduação (45,5%) e a área de atuação profissional, a assistência (68,2%).

No que diz respeito ao fato de já ter desenvolvido ou estar desenvolvendo como autor(a) ou orientador(a) estudo na área de saúde da mulher e na temática de Processo de Enfermagem evidenciou-se as respostas dos juízes na tabela 3.

TABELA 3: Distribuição dos dados da participação dos avaliadores em pesquisa sobre a temática do estudo. Fortaleza-CE, Brasil, 2020.

Variável	Saúde da mulher*		Processo de enfermagem*	
	F	%	F	%
Trabalho apresentado em evento científico	10	45,5	10	45,5
Artigo	06	27,3	10	45,5
Monografia	06	27,3	07	31,8
Dissertação	05	22,7	03	13,6
Tese	04	18,2	04	18,2
TCC de especialização/Residência	03	13,6	02	9,1
Outro	13	59,1	11	50

*Permitiu mais de uma resposta; F: frequência absoluta; %: frequência relativa.

Quanto ao desenvolvimento de estudos na área da presente dissertação destacou-se o desenvolvimento de trabalhos apresentados em eventos e artigos científicos. No que diz respeito a atuação ou não no cuidado de Enfermagem a mulher em cuidados intensivos seja na assistência, docência ou como supervisor do serviço ou de estágios curriculares, tem-se a tabela 4.

TABELA 4: Distribuição dos dados da atuação no cuidado de Enfermagem à mulher em cuidados intensivos durante sua carreira profissional. Fortaleza-CE, Brasil, 2020.

	N	%
Sim	18	81,8
Não	4	18,2

N: valor absoluto; %: valor relativo.

Com base no tabela 4 fez-se perceptível a prevalência quanto a atuação na área. Já referente a validação de aparência do instrumento de coleta de dados tem-se a tabela 5, com os respectivos IVC e Alpha de Cronbach.

TABELA 5: Distribuição dos dados da validação de aparência do instrumento de coleta de dados/histórico de Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil, 2020.

Variáveis	Concordo Totalmente		Concordo Parcialmente		Indiferente		Discordo Parcialmente		Discordo Totalmente		IVC
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
O instrumento é relevante?	20	90,9	2	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	98,2
As informações estão apresentadas de forma clara e objetiva?	14	63,6	5	22,7	0	0,0	3	13,6	0	0,0	87,3
As informações estão cientificamente corretas?	18	81,8	3	13,6	0	0,0	1	4,5	0	0,0	94,5
A letra e o seu tamanho estão adequados?	16	72,7	6	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94,5
Os espaçamentos entre letras estão adequados?	16	72,7	4	18,2	2	9,1	0	0,0	0	0,0	92,7
O instrumento apresenta uma sequência lógica?	16	72,7	3	13,6	0	0,0	2	9,1	1	4,5	88,2
O instrumento é de fácil leitura e compreensão?	14	63,6	6	27,3	0	0,0	2	9,1	0	0,0	89,1
Total	114	74,0	29	18,8	2	1,3	8	5,2	1	0,6	92,1

Alfa de Cronbach = 0,780; n: valor absoluto; %: valor relativo; IVC: índice de validação de conteúdo.

Conforme explicitado na tabela 5 todos os itens foram considerados satisfatórios, já que, conforme descrito na metodologia do estudo, têm-se resultados de IVC superiores a 79, validando a aparência deste instrumento de forma positiva. Ressalta-se que o valor do Alpha de Cronbach foi de 0,780, o que confere confiabilidade ao instrumento.

Na tabela 6 foi evidenciado o processo de validação de aparência da tecnologia assistencial baseada no plano de cuidados de Enfermagem.

TABELA 6: Distribuição dos dados da validação de aparência do Plano de cuidado assistencial de Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil, 2020.

Variáveis	Concordo Totalmente		Concordo Parcialmente		Indiferente		Discordo Parcialmente		Discordo Totalmente		IVC
	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
A tecnologia é relevante?	18	81,8	4	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	96,4
As informações estão apresentadas de forma clara e objetiva?	12	54,5	7	31,8	0	0,0	3	13,6	0	0,0	85,5

As informações estão cientificamente corretas?	17	77,3	3	13,6	0	0,0	2	9,1	0	0,0	91,8
A letra e o seu tamanho estão adequados?	17	77,3	3	13,6	1	4,5	1	4,5	0	0,0	92,7
Os espaçamentos entre letras estão adequados?	16	72,7	3	13,6	3	13,6	0	0,0	0	0,0	91,8
A tecnologia apresenta uma sequência lógica?	16	72,7	5	22,7	0	0,0	0	0,0	1	4,5	91,8
A tecnologia é de fácil leitura e compreensão?	13	59,1	7	31,8	1	4,5	1	4,5	0	0,0	89,1
Total	109	70,8	32	20,8	5	3,2	7	4,5	1	0,6	91,3

Alfa de Cronbach = 0,747; n: valor absoluto; %: valor relativo; IVC: índice de validação de conteúdo

Com relação a validação de aparência do plano de cuidados assistencial de Enfermagem, todos os itens foram considerados satisfatórios conforme valores de IVC, já que todos os itens avaliados atingiram valores superiores a 79 (valor referencial), com Alpha de Cronbach de 0,747, evidenciando a confiabilidade dos itens (referência: Alpha de Cronbach de 0,7 a 1,0).

Na tabela 7 é possível visualizar o processo de validação dos aspectos gerais do instrumento de coleta de dados ou histórico de Enfermagem, com base na barra de identificação da mulher, os três níveis de necessidades humanas básicas, o exame físico e a avaliação das necessidades humanas básicas, tendo o IVC geral e por categoria valores satisfatórios, conferindo validação positiva dos itens conforme referência apresentada. O Alfa de Cronbach apresentado foi de 0,824, conferindo confiança ao instrumento.

TABELA 7: Distribuição dos dados da validação de conteúdo dos aspectos gerais do instrumento de coleta de dados/histórico de Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil, 2020.

Variáveis	Concordo Totalmente		Concordo Parcialmente		Indiferente		Discordo Parcialmente		Discordo Totalmente		IVC
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nível de concordância: Identificação	16	72,7	4	18,2	0	0,0	1	4,5	1	4,5	90,0
Nível de concordância: Necessidades Psicobiológicas	11	50,0	7	31,8	1	4,5	2	9,1	1	4,5	82,7
Nível de concordância: Necessidades Psicossociais	15	68,2	4	18,2	1	4,5	1	4,5	1	4,5	88,2
Nível de concordância: Necessidades Psicoespirituais	15	68,2	6	27,3	0	0,0	1	4,5	0	0,0	91,8
Nível de concordância: Exame Físico	12	54,5	7	31,8	1	4,5	1	4,5	1	4,5	85,5
Nível de concordância: Avaliação das necessidades humanas básicas	15	68,2	6	27,3	1	4,5	0	0,0	0	0,0	92,7
Total	84	63,6	34	25,8	4	3,0	6	4,5	4	3,0	88,5

Alfa de Cronbach = 0,824; n: valor absoluto; %: valor relativo; IVC: índice de validação de conteúdo.

A tabela 8 refere-se ao processo geral de validação de conteúdo da tecnologia do instrumento de coleta de dados / Histórico de Enfermagem, com o intuito de verificar se o mesmo atende às etapas do Processo de Enfermagem, se é relevante para a prática em foco no estudo e se contempla as três dimensões das necessidades humanas básicas de Horta (HORTA, 2018). Esses fatores apresentaram IVC geral 91,2 e Alfa De Cronbach 0,839, ambos satisfatórios, validando a tecnologia, conforme valores referenciais.

TABELA 8: Distribuição dos dados da validação geral de conteúdo da tecnologia do instrumento de coleta de dados / Histórico de Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil, 2020.

Variáveis	Concordo Totalmente		Concordo Parcialmente		Indiferente		Discordo Parcialmente		Discordo Totalmente		IVC
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
O instrumento atende à primeira etapa do Processo de Enfermagem (PE)?	14	63,6	6	27,3	1	4,5	1	4,5	0	0,0	90,0
O instrumento é relevante para a prática clínica do Enfermeiro?	17	77,3	4	18,2	0	0,0	1	4,5	0	0,0	93,6
O instrumento contempla as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais?	15	68,2	5	22,7	0	0,0	2	9,1	0	0,0	90,0
Total:	46	69,7	15	22,7	1	1,5	4	6,1	0	0,0	91,2

Alfa de Cronbach = 0,839; n: valor absoluto; %: valor relativo; IVC: índice de validação de conteúdo.

Na sequência, será descrita a validação de conteúdo do plano de cuidados assistencial de Enfermagem, que foi realizada por diagnóstico, que será apresentada na tabela 9 de forma resumida para facilitar a leitura e compreensão, tendo em vista serem 34 diagnósticos, validados individualmente. Todos os valores de IVC e Alfa de Cronbach atingiram pontuação dentro dos valores referenciais, sendo validados de forma satisfatória e estão apresentados na tabela 9.

TABELA 9: Distribuição dos dados da validação de conteúdo da tecnologia do plano de cuidados de Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil, 2020.

Itens avaliados	IVC geral	Alpha de Cronbach
Cabeçalho	94,5	-
DE 01	90,0	0,975
DE 02	89,8	0,973
DE 03	90,2	0,977
DE 04	90,0	0,973
DE 05	90,0	0,975
DE 06	90,0	0,976
DE 07	90,2	0,962
DE 08	89,3	0,974
DE 09	90,2	0,977
DE 10	90,2	0,977
DE 11	90,0	0,975
DE 12	90,0	0,959
DE 13	89,8	0,974
DE 14	90,4	0,975
DE 15	89,8	0,974
DE 16	89,8	0,956
DE 17	90,0	0,976
DE 18	90,2	0,977
DE 19	89,8	0,956
DE 20	90,0	0,959
DE 21	89,8	0,958
DE 22	90,0	0,959
DE 23	90,0	0,975
DE 24	90,2	0,977
DE 25	90,0	0,975
DE 26	90,2	0,962
DE 27	90,2	0,962

DE 28	89,5	0,960
DE 29	90,2	0,962
DE 30	90,9	0,975
DE 31	91,1	0,977
DE 32	89,5	0,998
DE 33	90,5	0,975
DE 34	90,2	0,974
Avaliação geral	90,2	0,983

IVC: índice de validação de conteúdo; DE: diagnóstico de Enfermagem

A tabela 10 refere-se ao processo geral de validação de conteúdo da tecnologia do plano de cuidados de Enfermagem, com o intuito de verificar se a mesma atende às etapas do Processo de Enfermagem, se é relevante para a prática em foco no estudo e se contempla as três dimensões das necessidades humanas básicas de Horta (HORTA, 2018). Esses fatores apresentaram IVC geral 91,5 e Alfa De Cronbach 0,958, valores que validam os itens, conforme metodologia de avaliação apresentada.

TABELA 10: Distribuição dos dados da validação de conteúdo quanto ao Processo de Enfermagem, relevância e as necessidades humanas básicas. Fortaleza-CE, Brasil, 2020.

Variáveis	Concordo Totalmente		Concordo Parcialmente		Indiferente		Discordo Parcialmente		Discordo Totalmente		IVC
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	O instrumento atende às etapas do Processo de Enfermagem (PE)?	16	72,7	4	18,2	0	0,0	1	4,5	1	
O instrumento é relevante para a prática clínica do Enfermeiro?	16	72,7	5	22,7	0	0,0	0	0,0	1	4,5	91,8
O instrumento contempla as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais?	17	77,3	4	18,2	0	0,0	0	0,0	1	4,5	92,7
Total	49	74,2	13	19,7	0	0,0	1	1,5	3	4,5	91,5

Alfa de Cronbach = 0,958; n: valor absoluto; %: valor relativo; IVC: índice de validação de conteúdo.

A tabela 11 refere-se ao resumo da validação por necessidade, conforme as três dimensões das necessidades humanas básicas de Horta (HORTA, 2018), cujos valores de IVC geral e por necessidade, bem como Alfa De Cronbach atingiram níveis satisfatórios, sendo validado em todos os aspectos apresentados.

TABELA 11: Distribuição dos dados em resumo da validação de conteúdo por necessidade, conforme as três dimensões das necessidades humanas básicas de Horta. Fortaleza-CE, Brasil, 2020.

Variáveis	Concordo	Concordo	Indiferente	Discordo	Discordo	IVC
-----------	----------	----------	-------------	----------	----------	-----

	Totalmente		Parcialmente		Parcialmente		Totalmente		n	%	
	N	%	n	%	n	%	n	%			
Necessidades Psicobiológicas ¹	2146	72,8	560	19,0	3	0,1	47	1,6	192	6,5	90,0
Necessidades Psicossociais ²	251	76,1	51	15,5	0	0,0	6	1,8	22	6,7	90,5
Necessidades Psicoespirituais ³	164	74,5	38	17,3	0	0,0	4	1,8	14	6,4	90,4
Total	2561	74,5	649	17,3	3	0,03	57	1,7	228	6,5	90,3

Alfa de Cronbach¹ = 0,999; Alfa de Cronbach² = 0,994; Alfa de Cronbach³ = 0,989

Após a avaliação de aparência e conteúdo de forma quantitativa, conforme já enunciado no percurso metodológico, procedeu-se a análise qualitativa, na qual foram avaliadas as sugestões dos juízes para adequação dos instrumentos, descritas nas situações de atribuição de valoração na escala de *Likert* de 4 (Discordo Parcialmente) e 5 (Discordo Totalmente) pontos. Essas considerações serão apresentadas em um quadro (APÊNDICE F), sendo descritas nessa seção apenas as consideradas mais relevantes e que foram acatadas para melhoria da qualidade dos instrumentos e para a elaboração da sua versão final.

Inicialmente, os ajustes realizados no instrumento de coleta de dados/HE tange à identificação, em que foi sugerido acrescentar informação acerca das barreiras de comunicação e presença de órteses/próteses (JPE6), substituir “renda familiar” por “vulnerabilidade social () Sim () Não” (JPE3), incluir na identificação se a mulher em cuidados intensivos é gestante ou puérpera, assim como idade gestacional para o primeiro grupo e dias de puerpério para o segundo grupo (JPE4), incluir a variável cor da pele/raça/etnia, para associações futuras com o motivo do internamento e com o tipo de cuidado requerido (JPE4).

Outra sugestão descrita por um dos juízes (JPE6), ainda concernente à parte de identificação, diz respeito a desmembrar alguns dados que são relativos somente a identificação, no intuito de substituir esse preenchimento somente com etiquetas de identificação, o que já é realizado na instituição em estudo com outros documentos, e separar demais informações como as relativas a perguntas de caráter socioeconômico. Ao ser acatada essa sugestão, optou-se por titular este item como “dados sócio-demográficos e econômicos”.

Em relação a segunda seção do HE referente às necessidades humanas básicas, foi sugerido acrescentar ao item 7, referente Sexualidade e Reprodução informação referente ao “nº de filhos vivos” e “gravidez desejada () Sim () Não” (JPE4). Foi recomendado ainda que a opção “outro” deveria estar presente em dieta e eliminação

urinária pois existem outras opções de dispositivos como gastrostomia, jejunostomia e cistostomia (JPE7).

No item referente às necessidades psicoespirituais, foi sugerido abordar a questão da necessidade de apoio espiritual durante a internação (JPE3), incluir as crenças religiosas (JPE11 e JPE13). Os ajustes realizados deixaram no item 1 “religião / crenças religiosas”; no item 2 “hábitos religiosos” e no item 3 “necessidade de apoio espiritual durante a internação (Sim (Não”.

Na seção relativa ao exame físico, foi sugerida a inclusão da medida dos valores dos sinais vitais (JPE3), incluir na avaliação neurológica as escalas de Glasgow e Ramsay (JPE11). Um dos juízes (JPE20), sugeriu reorganizar as estruturas corporais - Cabeça, pescoço, tronco anterior (tórax, pulmões, mamas, axilas, abdome, genitais), tronco posterior (dorso e coluna vertebral, glúteos, anus e reto), membros (superiores e inferiores), condições de higiene, aparência pessoal e vestuário), recomendação esta atendida de forma parcial, pois fora mantidas as condições de higiene dentro das necessidades humanas básicas (psicobiológicas), no item 9 “cuidado corporal (higiene)”.

Este último juiz citado (JPE20), sugeriu ainda, modificações na estrutura dos registros do exame físico, para retirada das informações “(Sem alterações” e “(Alterados”, deixando espaço para registro da avaliação de cada estrutura corporal examinada de forma subjetiva por cada Enfermeiro.

Ainda relacionado à parte inicial (cabeçalho), foi sugerido substituir “HD” por “Motivo da internação” (JPE3), alteração esta realizada nos dois instrumentos, levando em consideração e destacando a justificativa apontada pelo referido juiz quando relata que o foco da Enfermagem não é a doença e sim as necessidades de cuidado requeridas pelo indivíduo.

Em relação aos ajustes realizados na tecnologia assistencial de Enfermagem, foi sugerido trocar o termo “Plano de cuidado” por “Planejamento da Assistência” (JPE2). Concernente a melhor organização dos conceitos diagnósticos, seguiu-se a sequência: coluna 1 (presença do diagnóstico, prioritário); coluna 2 (conceito diagnóstico com os respectivos fatores relacionados/fatores de risco), enquanto antecedentes do conceito; seguido da coluna 3 com as características definidoras propostas para cada conceito a serem selecionadas pelo enfermeiros do setor.

Na parte do planejamento da assistência, foi sugerida a modificação dos cuidados de Enfermagem, deixando aqueles que visam prevenção somente no

diagnóstico "Risco de Integridade da Pele Prejudicada" e aqueles que visam o tratamento, no DE "Integridade da Pele Prejudicada" (JPE6). Ainda como cuidado, o referido juiz ressaltou a importância de acrescentar a ação de Enfermagem “retirar o curativo antes do banho diário da paciente, para que a área também possa passar por higiene local com água e sabão, antes de ser realizada a troca do curativo; exceto curativos especiais com duração superior a 24 horas”.

Em relação ao diagnóstico “Medo”, apesar de não ter tido nenhuma sugestão por parte dos juízes em relação a este item, optou-se por incluir o diagnóstico “Ansiedade”, presente em cinco dos seis estudos da revisão integrativa, junto com o diagnóstico “Medo” devido suas intervenções propostas no NIC serem bastante semelhantes.

No item 2 do planejamento da assistência (DE: Troca de gases prejudicada), na coluna das intervenções, foi sugerido incluir “vias aéreas” após "() Remover secreções estimulando a tosse ou aspirando" (JPE4). No item 22 (DE: Risco de desequilíbrio eletrolítico), na coluna de Intervenções para “controle hídrico”, esse mesmo juiz sugeriu ajustar "() Providenciar e administrar produtos do sangue", para adotar as terminologias "hemocomponentes ou hemoderivados. Complementou ainda as suas considerações, recomendando que no item 34 (DE: Sofrimento espiritual), no cuidado "() Orar com a paciente", poderia ser utilizado "apoiar a mulher que precisa de ajuda em suas preces"; optou-se por manter o cuidado de Enfermagem "() Orar com a paciente" e acrescentar "apoiar a mulher que precisa de ajuda em suas preces", por considerar como duas ações distintas e relevantes.

Após os devidos ajustes, a nova versão dos dois instrumentos foram finalizadas e anexadas a seguir e também ao final do trabalho em formato de apêndice, sendo que no apêndice G apresenta-se o Instrumento de coleta de dados / Histórico de Enfermagem (2ª versão) e no apêndice H a Tecnologia Assistencial de Enfermagem (2ª versão).

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
 Prontuário: _____
 Data: ___/___/___ Hora: ____:____
 Leito: _____
 Data de nascimento: ___/___/___
 Idade: _____
 () Gestante IG: _____ () Puérpera Dias de puerpério _____
 Informante: _____
 Queixa principal: _____
 Motivo da internação: _____

- **Dados sócio demográficos e econômicos**

Estado Civil: _____ Procedência: _____
 Ocupação: _____
 Vulnerabilidade social: _____
 Nível de escolaridade: _____
 Cor da pele / raça / etnia: _____
 Barreiras de comunicação: _____

II. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

- **Necessidades Psicobiológicas**

1. Respiração: () Eupneica () Bradipneica () Taquipneica () Dispneica.
2. Oxigenação: () Ar ambiente () O₂ especificar: _____ SatO₂: _____
3. Nutrição e Hidratação
 Dieta: () Oral () SNE/SNG () NPT () Zero () Outros

 Intolerância/alergia: _____
 Ingesta _____ hídrica: _____

 Observações: _____
4. Eliminações
 Eliminações urinárias: () Espontânea () SVD () SVA
 () Outros _____
 () Anúria () Oligúria () Poliúria

() Disúria () Hematúria

Eliminações intestinais: () Presente () Ausente há _____ dias

Alterações: _____

Eliminações vaginais:

Leucorreia: () Sim () Não. Aspecto: _____

Loquiação: () Ausente () Fisiológica () Moderada () Aumentada

() Não se aplica

Sangramento transvaginal: () Discreto () Moderado () Intenso

() Com coágulo () Não se aplica

5. Sono e repouso

() Padrão regular () Necessidade de medicamentos

() Sedação () Analgesia

6. Exercícios Físicos e Mecânica Corporal

() Deambula () Deambula com apoio () Senta no leito () Senta fora do leito () Restrito

() Pratica exercícios físicos () Sedentária

Classificação do risco de queda: _____

7. Sexualidade e Reprodução

Gravidez planejada: () Sim () Não

Gravidez desejada: () Sim () Não

Gestação () Parto () Aborto ()

Nº de filhos vivos ()

Uso de método contraceptivo: () Não () Pílula () Injetável () Preservativo

() DIU () Implante () Outro _____

8. Ambiente (condições de moradia e saneamento, fontes de risco ambiental, exposição a patógenos) _____

9. Cuidado corporal (higiene)

Adequados: () Sim () Não

Observações: _____

10. Integridade cutaneomucosa (prevenção e controle de lesões e infecção)

() Pele íntegra

() Lesão

Localização: _____

Tipo: _____

Classificação do risco de Lesão por Pressão (LPP) – Braden =

() Sem risco () Baixo () Moderado () Alto

Dispositivos invasivos

() AVP () AVC () Cateter de diálise () CVD () TOT () TQT

11. Regulação térmica, eletrolítica, vascular, hormonal (episódio febril, desequilíbrio hídrico, vascular e glicêmico)

() Hidratada () Desidratada

() Afebril () Febril () Febre

12. Percepção tátil ou dolorosa (nível de intensidade da dor – 0 a 10):

Localização: _____

13. Terapêutica

Comorbidades: _____

Nível de conhecimento sobre o regime terapêutico:

() baixo () intermediário () alto

Observações: _____

• **Necessidades Psicossociais**

1. Segurança emocional, autoestima e autoimagem (comportamento indicador de ansiedade, fatores estressores, capacidade de lidar com situações que comprometerão a autoimagem, rede de apoio)

() Sinais de ansiedade

() Sinais de medo

() Relato de fatores estressores

Rede de apoio:

2. Comunicação e socialização (expressões de comunicação, interação em grupo, papéis e relacionamentos) _____

3. Educação à saúde (autocuidado, tabagismo, consumo de drogas lícitas e ilícitas, medicamentos, alergias, imunizações, exames preventivos) _____

4. Recreação e lazer (hábitos e preferências para o bem-estar) _____

• **Necessidades Psicoespirituais**

1. Religião / crenças religiosas: _____

2. Hábitos religiosos: _____

3. Necessidade de apoio psicoespiritual durante a internação: () Sim () Não

III. EXAME FÍSICO

PA: ___x___ mmHg Membro: _____ T: ___ °C Pulso: _____ bpm

FC: _____ bpm FR: _____ rpm SaO₂: _____ % Peso: _____ kg

Altura: _____ m IMC: _____ kg/m² Glicemia capilar: _____ mg/dl

Avaliação neurológica

Nível de consciência: _____

Pupilas:

Escala de Glasgow: AO () RV () RM () – total=

Escala de Ramsey: _____

Cabeça e Pescoço: _____

Tronco Anterior

Tórax:

Respiratório:

Cardiocirculatório: _____

Mamas e axilas: _____

Abdômen:

Genitourinário: _____

Tronco Posterior

Dorso:

Coluna vertebral: _____

Glúteos, ânus e reto:

Membros Superiores e Inferiores: _____

Presença de órtese e prótese: _____

Outros dados relevantes e observações do Enfermeiro (a): _____

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Necessidades afetadas: _____

Grau de dependência da Enfermagem: () Total () Parcial () Independente

Enfermeiro(a)/COREN-CE

O Plano de Cuidado de Enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal em cuidados intensivos (2ª versão), conforme explicitado.

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO CICLO
GRAVÍDICO-PUERPERAL EM CUIDADOS INTENSIVOS

Data atual: _____ Data da Internação: _____ Motivo da internação: _____

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Prontuário: _____ Leito: _____

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS			
OXIGENAÇÃO			
1 () () Prioritário	Padrão respiratório ineficaz: () Ansiedade () Dor () Fadiga () Prejuízo musculoesquelético () Prejuízo neurológico () Prejuízo neuromuscular	() Batimento de asa do nariz () Bradipneia () Dispneia () Ortopneia () Taquipneia () Padrão respiratório anormal	Assistência ventilatória () Manter via aérea pérvia () Posicionar para facilitar a ventilação/perfusão, conforme apropriado () Monitorar o estado respiratório e de oxigenação Oxigenoterapia () Monitorar o fluxo de oxigênio Aspiração de vias aéreas () Verificar necessidade de aspiração oral e/ou traqueal () Auscultar os sons respiratórios antes e depois da aspiração () Monitorar e atentar à coloração, quantidade e consistência da secreção Controle da ventilação mecânica () Monitorar para a detecção de condições que indiquem a necessidade de suporte ventilatório () Monitorar rotineiramente ajustes do ventilador Controle da dor () Assegurar cuidados analgésicos para o paciente () Controlar fatores ambientais que possam influenciar a resposta do paciente ao desconforto

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
			<p>() Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, quando apropriado</p> <p>Posicionamento</p> <p>() Monitorar o estado da oxigenação antes e após mudanças de posições</p> <p>() Elevar a cabeceira do leito, conforme apropriado</p>
<p>2 ()</p> <p>()</p> <p>Prioritário</p>	<p>Troca de gases prejudicada:</p> <p>() Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão</p>	<p>() Batimento de asa de nariz</p> <p>() Diminuição do nível do CO₂</p> <p>() Dispneia</p> <p>() Gasometria arterial anormal</p> <p>() Hipercapnia</p> <p>() Hipoxemia</p> <p>() Padrão respiratório anormal</p>	<p>Monitoração respiratória</p> <p>() Auscultar os sons respiratórios, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente e presença de sons adventícios</p> <p>() Monitorar os níveis de saturação de oxigênio continuamente</p> <p>() Monitorar padrões respiratórios</p> <p>Controle de vias aéreas</p> <p>() Identificar a paciente que necessite de inserção real/ potencial de via aérea artificial</p> <p>() Remover secreções estimulando a tosse ou aspirando vias aéreas</p> <p>() Monitorar o estado respiratório e a oxigenação, conforme apropriado</p> <p>Oxigenoterapia</p> <p>() Monitorar o fluxo de oxigênio</p> <p>() Manter a permeabilidade das vias aéreas</p> <p>Controle da ventilação mecânica</p> <p>() Monitorar para a detecção de condições que indiquem a necessidade de suporte ventilatório</p> <p>() Monitorar rotineiramente ajustes do ventilador</p> <p>() Monitorar a eficácia da ventilação mecânica sobre o estado fisiológico e psicológico do paciente</p> <p>() Posicionar para facilitar a combinação ventilação/perfusão, conforme apropriado</p>
<p>3 ()</p> <p>()</p> <p>Prioritário</p>	<p>Ventilação espontânea prejudicada:</p> <p>() Fadiga da musculatura respiratória</p>	<p>() Aumento da FC</p> <p>() Aumento da PCO₂</p> <p>() Diminuição da PO₂</p> <p>() Diminuição na SatO₂</p> <p>() Dispneia</p> <p>() Inquietação</p> <p>() Uso aumentado da musculatura acessória</p>	<p>Monitoração respiratória</p> <p>() Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações</p> <p>() Monitorar os níveis de saturação de oxigênio continuamente</p> <p>Controle de vias aéreas</p> <p>() Encorajar respiração lenta e profunda; mudança de posição e tosse</p> <p>Assistência ventilatória</p> <p>() Manter via aérea pérvia</p> <p>() Posicionar para facilitar a ventilação/perfusão, conforme apropriado</p>

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
			<input type="checkbox"/> Monitorar o estado respiratório e de oxigenação <input type="checkbox"/> Auscultar os sons respiratórios, observando áreas de ventilação reduzida ou ausente, e a presença de sons adventícios Controle da ventilação mecânica <input type="checkbox"/> Monitorar para a detecção de condições que indiquem a necessidade de suporte ventilatório
4 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Resposta disfuncional ao desmame ventilatório <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das vias aéreas	<input type="checkbox"/> Desconforto respiratório <input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Aumento da FC <input type="checkbox"/> Aumento da PA <input type="checkbox"/> Aumento da FR <input type="checkbox"/> Deterioração na gasometria arterial em relação aos valores basais <input type="checkbox"/> Respiração abdominal paradoxal <input type="checkbox"/> Respiração agônica (tipo <i>gasping</i>) <input type="checkbox"/> Respiração sem sincronia com o ventilador <input type="checkbox"/> Uso de musculatura acessória respiratória importante	Monitoração respiratória <input type="checkbox"/> Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações <input type="checkbox"/> Monitorar os níveis de saturação de oxigênio continuamente Controle de vias aéreas <input type="checkbox"/> Posicionar a paciente modo a maximizar o potencial ventilatório <input type="checkbox"/> Realizar a aspiração endotraqueal ou nasotraqueal, conforme apropriado Controle da ventilação mecânica <input type="checkbox"/> Promover avaliações de rotina para os critérios de desmame <input type="checkbox"/> Monitorar efeitos das mudanças do respirador na oxigenação Desmame da ventilação mecânica <input type="checkbox"/> Monitorar os sinais de fadiga muscular respiratória <input type="checkbox"/> Usar técnicas de relaxamento, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Ficar com o paciente e dar apoio durante as tentativas iniciais de desmame Assistência ventilatória <input type="checkbox"/> Encorajar a respiração lenta e profunda; mudança de posição e tosse <input type="checkbox"/> Orientar técnicas de respiração, conforme apropriado
NUTRIÇÃO			
5 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Deglutição prejudicada: <input type="checkbox"/> Problema de comportamento alimentar	<input type="checkbox"/> Engasgos antes de deglutir <input type="checkbox"/> Ânsia de vômito <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dificuldade para deglutir <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Relata “algo entalado”	Controle da nutrição <input type="checkbox"/> Determinar o padrão nutricional da paciente e a capacidade de atender às necessidades nutricionais Precauções contra aspiração <input type="checkbox"/> Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse, reflexo de vômito e capacidade de deglutição <input type="checkbox"/> Posicionar cabeceira igual ou maior que 30° até 90° ou o mais alto possível <input type="checkbox"/> Manter o equipamento de aspiração disponível <input type="checkbox"/> Supervisionar ou auxiliar a alimentação, conforme necessário

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
			<input type="checkbox"/> Fragmentar os esmagar os comprimidos antes da administração
6 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais: <input type="checkbox"/> Ingestão alimentar insuficiente	<input type="checkbox"/> Alteração no paladar <input type="checkbox"/> Cavidade oral ferida <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Incapacidade percebida de ingestão de alimentos <input type="checkbox"/> Ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada <input type="checkbox"/> Interesse insuficiente pelos alimentos	Controle da nutrição <input type="checkbox"/> Determinar o padrão nutricional da paciente e a capacidade de atender às necessidades nutricionais <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos antes de comer, se necessário Monitoração nutricional <input type="checkbox"/> Monitorar náuseas e vômitos <input type="checkbox"/> Identificar anormalidades no funcionamento do intestino <input type="checkbox"/> Identificar anormalidades na cavidade oral <input type="checkbox"/> Monitorar o estado mental Terapia nutricional <input type="checkbox"/> Determinar a necessidade de alimentação por sonda enteral <input type="checkbox"/> Administrar alimentação enteral, conforme apropriado
7 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Risco de glicemia instável: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Controle ineficaz de medicamentos <input type="checkbox"/> Controle insuficiente do diabetes <input type="checkbox"/> Estresse excessivo <input type="checkbox"/> Gravidez	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Controle da hipoglicemia <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia <input type="checkbox"/> Monitorar os níveis de glicose no sangue, conforme indicado <input type="checkbox"/> Administrar glicose endovenosa, conforme indicado Controle da hiperglicemia <input type="checkbox"/> Administrar insulina conforme prescrito <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia
ELIMINAÇÃO			
8 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Eliminação urinária prejudicada: <input type="checkbox"/> Dano sensorio-motor <input type="checkbox"/> Infecção do trato urinário <input type="checkbox"/> Obstrução anatômica	<input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Retenção urinária <input type="checkbox"/> Urgência urinária <input type="checkbox"/> Urinar com frequência	Controle hídrico <input type="checkbox"/> Manter um registro preciso de ingestão e eliminação <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico <input type="checkbox"/> Inserir cateter urinário, se apropriado <input type="checkbox"/> Monitorar o estado de hidratação <input type="checkbox"/> Monitorar resultados laboratoriais Controle da eliminação urinária <input type="checkbox"/> Monitorar eliminação urinária

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
			<input type="checkbox"/> Monitorar quanto a sinais e sintomas de retenção urinária Sondagem vesical <input type="checkbox"/> Colocar a bolsa de drenagem abaixo do nível da bexiga <input type="checkbox"/> Manter um sistema de drenagem urinária fechado e sem obstruções
9 () () Prioritário	Constipação: <input type="checkbox"/> Alteração nos hábitos alimentares <input type="checkbox"/> Ingestão de líquidos insuficiente <input type="checkbox"/> Mudança ambiental recente	<input type="checkbox"/> Abdome distendido <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Esforço para evacuar <input type="checkbox"/> Incapacidade de defecar <input type="checkbox"/> Mudança no padrão intestinal	Controle de Constipação <input type="checkbox"/> Monitorar quanto aos sinais e sintomas de constipação <input type="checkbox"/> Monitorar os ruídos hidroaéreos <input type="checkbox"/> Encorajar o aumento da ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Administrar enema ou irrigação, conforme apropriado Controle intestinal <input type="checkbox"/> Observar e registrar data da última evacuação
10 () () Prioritário	Diarreia: <input type="checkbox"/> Alimentação enteral <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Regime de tratamento	<input type="checkbox"/> Cólicas <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Evacuações de fezes líquidas, > 3 em 24 horas <input type="checkbox"/> Urgência intestinal	Controle da diarreia <input type="checkbox"/> Identificar fatores capazes de causar ou contribuir para a diarreia <input type="checkbox"/> Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia Controle hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar o estado de hidratação <input type="checkbox"/> Contar ou pesar fraldas, conforme apropriado Monitoração hídrica <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar as membranas mucosas, turgidez da pele e sede
SONO E REPOUSO			
11 () () Prioritário	Distúrbio no padrão de sono: <input type="checkbox"/> Barreira ambiental <input type="checkbox"/> Padrão de sono não restaurador <input type="checkbox"/> Privacidade insuficiente <input type="checkbox"/> Imobilização	<input type="checkbox"/> Despertar não intencional <input type="checkbox"/> Dificuldade para iniciar o sono <input type="checkbox"/> Dificuldade para manter o sono <input type="checkbox"/> Não se sentir descansado	Melhora do sono <input type="checkbox"/> Monitorar o padrão de sono <input type="checkbox"/> Ajustar o ambiente para promover o sono <input type="checkbox"/> Auxiliar a paciente a limitar o tempo de sono durante o dia fazendo atividades que promovam a vigília <input type="checkbox"/> Implementar medidas de conforto de massagem, posicionamento e toque afetivo <input type="checkbox"/> Ajustar o esquema de administração de medicamentos para sustentar o ciclo de sono/vigília da paciente <input type="checkbox"/> Avaliar junto com o médico a necessidade de administração de medicamento

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
LOCOMOÇÃO			
12 () () Prioritário	Risco de quedas: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Mobilidade prejudicada <input type="checkbox"/> Redução da força em extremidade inferior <input type="checkbox"/> Hipotensão ortostática <input type="checkbox"/> Equilíbrio prejudicado	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Prevenção contra quedas <input type="checkbox"/> Identificar os comportamentos e fatores que afetam o risco de quedas <input type="checkbox"/> Identificar as características do ambiente que podem aumentar o potencial de quedas <input type="checkbox"/> Auxiliar durante o caminhar, quando apropriado <input type="checkbox"/> Monitorar a habilidade de se transferir da cama para a cadeira e vice-versa <input type="checkbox"/> Colocar a cama na posição mais baixa Controle do ambiente: segurança <input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas <input type="checkbox"/> Manter cama travada <input type="checkbox"/> Utilizar contenção mecânica, quando apropriado
13 () () Prioritário	Mobilidade física prejudicada: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Força muscular diminuída <input type="checkbox"/> Intolerância à atividade <input type="checkbox"/> Rigidez articular <input type="checkbox"/> Prejuízo musculoesquelético/neuromuscular	<input type="checkbox"/> Amplitude limitada de movimentos <input type="checkbox"/> Dificuldade para virar-se <input type="checkbox"/> Dispneia aos esforços <input type="checkbox"/> Desconforto	Cuidados com o repouso no leito <input type="checkbox"/> Posicionar em alinhamento corporal adequado <input type="checkbox"/> Manter a roupa de cama limpa, seca e sem dobras <input type="checkbox"/> Aplicar dispositivos que evitem a queda plantar <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Usar dispositivos na cama que protejam a paciente Controle da dor <input type="checkbox"/> Fazer uma avaliação abrangente da dor <input type="checkbox"/> Observar para sinais não verbais de desconforto <input type="checkbox"/> Proporcionar o alívio ideal da dor conforme analgesia prescrita

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
			Posicionamento <input type="checkbox"/> Utilizar um colchão apropriado <input type="checkbox"/> Utilizar colchão pneumático
INTEGRIDADE CUTANEOMUCOSA			
14 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Integridade da membrana mucosa oral prejudicada: <input type="checkbox"/> Estressores <input type="checkbox"/> Higiene oral inadequada <input type="checkbox"/> Fator mecânico <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Regime de tratamento <input type="checkbox"/> Trauma oral	<input type="checkbox"/> Descamação <input type="checkbox"/> Desconforto oral <input type="checkbox"/> Dor oral <input type="checkbox"/> Dificuldade para comer <input type="checkbox"/> Exposição à patógeno <input type="checkbox"/> Lesão oral <input type="checkbox"/> Sangramento	Manutenção da saúde oral <input type="checkbox"/> Aplicar lubrificante para umedecer os lábios, conforme necessário Promoção da saúde oral <input type="checkbox"/> Monitorar condição da boca da paciente <input type="checkbox"/> Auxiliar a paciente na escovação dental <input type="checkbox"/> Realizar higiene oral conforme protocolo <input type="checkbox"/> Posicionar tubo orotraqueal de modo a evitar tensão sobre a lesão <input type="checkbox"/> Trocar fixação de tubo orotraqueal conforme protocolo <input type="checkbox"/> Solicitar avaliação do dentista, se necessário
15 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Integridade da pele prejudicada: <input type="checkbox"/> Umidade <input type="checkbox"/> Circulação prejudicada <input type="checkbox"/> Nutrição inadequada <input type="checkbox"/> Excreções <input type="checkbox"/> Pressão sobre saliência óssea <input type="checkbox"/> Secreções <input type="checkbox"/> Punção arterial	<input type="checkbox"/> Alteração na integridade da pele <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Vermelhidão	Banho <input type="checkbox"/> Retirar o curativo antes do banho diário da paciente, para que a área também possa passar por higiene local com água e sabão, antes de ser realizada a troca do curativo; exceto curativos especiais com duração superior a 24 horas <input type="checkbox"/> Realizar banho no leito <input type="checkbox"/> Auxiliar no banho de aspersão, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Lavar os cabelos da paciente conforme necessidade <input type="checkbox"/> Monitorar condição da pele Cuidado perineal

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
			<input type="checkbox"/> Realizar higiene íntima Cuidados com lesões <input type="checkbox"/> Monitorar as características das lesões <input type="checkbox"/> Medir o leito da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo <input type="checkbox"/> Solicitar avaliação da estomaterapeuta
16 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Risco da integridade da pele prejudicada: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Umidade <input type="checkbox"/> Circulação prejudicada <input type="checkbox"/> Nutrição inadequada <input type="checkbox"/> Excreções <input type="checkbox"/> Pressão sobre saliência óssea <input type="checkbox"/> Secreções <input type="checkbox"/> Punção arterial	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Prevenção de lesão por pressão <input type="checkbox"/> Documentar o estado da pele na admissão e diariamente <input type="checkbox"/> Utilizar protocolo de prevenção de lesão por pressão da instituição (escala de Braden) <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Monitorar surgimento de áreas avermelhadas <input type="checkbox"/> Remover umidade excessiva da pele <input type="checkbox"/> Aplicar barreiras protetoras como cremes ou sprays <input type="checkbox"/> Manter roupas de camas limpas, secas e sem amassados <input type="checkbox"/> Utilizar colchão pneumático <input type="checkbox"/> Hidratar a pele <input type="checkbox"/> Monitorar para fontes de pressão e atrito <input type="checkbox"/> Realizar proteção de proeminências ósseas com filme transparente <input type="checkbox"/> Colocar dispositivos de alívio de pressão tipo coxim <input type="checkbox"/> Encorajar a paciente a se envolver nas mudanças de posição <input type="checkbox"/> Utilizar equipamentos adequados para manter os calcanhares afastados do leito Banho <input type="checkbox"/> Realizar banho no leito <input type="checkbox"/> Auxiliar no banho de aspersão, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Lavar os cabelos da paciente conforme necessidade <input type="checkbox"/> Monitorar condição da pele Cuidado perineal <input type="checkbox"/> Realizar higiene íntima
17 () <input type="checkbox"/>	Integridade tissular prejudicada: <input type="checkbox"/> Circulação prejudicada	<input type="checkbox"/> Tecido destruído <input type="checkbox"/> Área localizada quente ao toque	Cuidados com lesões <input type="checkbox"/> Monitorar as características das lesões <input type="checkbox"/> Medir o leito da lesão

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
Prioritário	<input type="checkbox"/> Estado nutricional desequilibrado <input type="checkbox"/> Mobilidade prejudicada <input type="checkbox"/> Volume de líquido deficiente <input type="checkbox"/> Volume de líquido excessivo <input type="checkbox"/> Umidade <input type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Punção arterial <input type="checkbox"/> Trauma vascular	<input type="checkbox"/> Dano tecidual <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Vermelhidão	<input type="checkbox"/> Realizar curativo <input type="checkbox"/> Solicitar avaliação da estomaterapeuta
18 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Risco de lesão por pressão: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Forças de cisalhamento <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Nutrição inadequada <input type="checkbox"/> Pele ressecada <input type="checkbox"/> Pressão sobre saliência óssea <input type="checkbox"/> Redução da mobilidade <input type="checkbox"/> Sobrepeso/Obesidade <input type="checkbox"/> Alteração na sensibilidade <input type="checkbox"/> Circulação prejudicada <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Imobilização física	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Prevenção de lesão por pressão <input type="checkbox"/> Documentar o estado da pele na admissão e diariamente <input type="checkbox"/> Utilizar protocolo de prevenção de lesão por pressão da instituição (escala de Braden) <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Monitorar surgimento de áreas avermelhadas <input type="checkbox"/> Remover umidade excessiva da pele <input type="checkbox"/> Aplicar barreiras protetoras como cremes ou sprays <input type="checkbox"/> Manter roupas de camas limpas, secas e sem amassados <input type="checkbox"/> Utilizar colchão pneumático <input type="checkbox"/> Hidratar a pele <input type="checkbox"/> Monitorar para fontes de pressão e atrito <input type="checkbox"/> Realizar proteção de proeminências ósseas com filme transparente <input type="checkbox"/> Colocar dispositivos de alívio de pressão tipo coxim <input type="checkbox"/> Encorajar a paciente a se envolver nas mudanças de posição <input type="checkbox"/> Utilizar equipamentos adequados para manter os calcanhares afastados do leito
REGULAÇÃO: TÉRMICA, HORMONAL, NEUROLÓGICA, HIDROSSALINA, ELETROLÍTICA, IMUNOLÓGICA, CRESCIMENTO CELULAR, VASCULAR			
19 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Perfusão tissular periférica ineficaz: <input type="checkbox"/> Agente físico/biológico lesivo	<input type="checkbox"/> Alteração em característica da pele <input type="checkbox"/> Dor nas extremidades <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Pulsos periféricos diminuídos <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	Cuidados circulatórios: insuficiência arterial e venosa <input type="checkbox"/> Inspeccionar extremidades para detecção de áreas de calor, vermelhidão, dor ou inchaço <input type="checkbox"/> Realizar avaliação da circulação periférica <input type="checkbox"/> Avaliar edema periférico e pulsos <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Aquecer extremidades

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
		> 3 segundos	<input type="checkbox"/> Implementar tratamento de feridas <input type="checkbox"/> Monitorar o grau de desconforto ou dor Precauções circulatórias <input type="checkbox"/> Não instalar acesso EV ou coletar sangue na extremidade afetada <input type="checkbox"/> Evitar aferir pressão arterial na extremidade afetada
20 () () Prioritário	Hipertermia:	<input type="checkbox"/> Pele quente ao toque <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Taquipneia	Regulação da temperatura <input type="checkbox"/> Monitorar a temperatura pelo menos a cada 2 horas <input type="checkbox"/> Instalar um dispositivo de monitoramento contínuo da temperatura central <input type="checkbox"/> Monitorar e registrar sinais e sintomas de hipertermia <input type="checkbox"/> Ajustar a temperatura do ambiente às necessidades da paciente <input type="checkbox"/> Administrar medicamento, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Monitorar cor e temperatura da pele Tratamento da hipertermia <input type="checkbox"/> Aplicar método de resfriamento externo <input type="checkbox"/> Monitorar anormalidades no estado mental <input type="checkbox"/> Monitorar complicações <input type="checkbox"/> Realizar banho no leito com água fria
21 () () Prioritário	Hipotermia:	<input type="checkbox"/> Pele fria ao toque <input type="checkbox"/> Tremor pelo frio <input type="checkbox"/> Vasoconstrição periférica	Regulação da temperatura <input type="checkbox"/> Monitorar a temperatura pelo menos a cada 2 horas <input type="checkbox"/> Instalar um dispositivo de monitoramento contínuo da temperatura central <input type="checkbox"/> Monitorar e registrar sinais e sintomas de hipotermia <input type="checkbox"/> Ajustar a temperatura do ambiente às necessidades da paciente <input type="checkbox"/> Utilizar cobertores de aquecimento <input type="checkbox"/> Monitorar cor e temperatura da pele Tratamento da hipotermia <input type="checkbox"/> Remover roupas molhadas <input type="checkbox"/> Monitorar complicações <input type="checkbox"/> Realizar banho no leito com água morna
22 () ()	Risco de desequilíbrio eletrolítico: FATORES DE RISCO	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Controle da hipovolemia <input type="checkbox"/> Monitorar evidências de desidratação <input type="checkbox"/> Monitorar as fontes de perdas de fluidos

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
Prioritário	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Disfunção renal <input type="checkbox"/> Disfunção da regulação endócrina <input type="checkbox"/> Regime de tratamento <input type="checkbox"/> Sangramento		<input type="checkbox"/> Monitorar evidências laboratoriais para perda sanguínea Controle da hipervolemia <input type="checkbox"/> Monitorar o padrão respiratório para sintomas do edema pulmonar <input type="checkbox"/> Monitorar edema periférico <input type="checkbox"/> Manter cabeceira da cama elevada <input type="checkbox"/> Preparar a paciente para diálise Controle hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar resultados de exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Monitorar o estado hemodinâmico <input type="checkbox"/> Usar bomba de infusão <input type="checkbox"/> Monitorar ingestão e eliminação <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar o estado nutricional <input type="checkbox"/> Providenciar e administrar hemocomponentes e/ou hemoderivados Monitoração hídrica <input type="checkbox"/> Manter infusão endovenosa adequada <input type="checkbox"/> Instituir restrição de líquidos <input type="checkbox"/> Estabelecer possíveis fatores de risco para desequilíbrio de líquidos <input type="checkbox"/> Monitorar membranas mucosas, turgidez da pele e sede
23 () Prioritário	Volume de líquidos excessivo: <input type="checkbox"/> Entrada excessiva de líquidos <input type="checkbox"/> Mecanismo de regulação comprometidos	<input type="checkbox"/> Anasarca <input type="checkbox"/> Alteração na pressão arterial <input type="checkbox"/> Congestão pulmonar <input type="checkbox"/> Desequilíbrio eletrolítico <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Alteração no padrão respiratório <input type="checkbox"/> Aumento da pressão venosa central (PVC) <input type="checkbox"/> Derrame pleural <input type="checkbox"/> Hematócrito diminuído	Controle da hipervolemia <input type="checkbox"/> Monitorar o padrão respiratório para sintomas do edema pulmonar <input type="checkbox"/> Monitorar edema periférico <input type="checkbox"/> Manter cabeceira da cama elevada <input type="checkbox"/> Preparar a paciente para diálise Controle hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar resultados de exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Monitorar o estado hemodinâmico <input type="checkbox"/> Usar bomba de infusão <input type="checkbox"/> Monitorar ingestão e eliminação <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar o estado nutricional

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
		<input type="checkbox"/> Hemoglobina diminuída	<input type="checkbox"/> Providenciar e administrar produtos do sangue Monitoração hídrica <input type="checkbox"/> Manter infusão endovenosa adequada <input type="checkbox"/> Instituir restrição de líquidos <input type="checkbox"/> Estabelecer possíveis fatores de risco para desequilíbrio de líquidos <input type="checkbox"/> Monitorar membranas mucosas, turgidez da pele e sede
24 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Volume de líquidos deficiente: <input type="checkbox"/> Perda ativa de volume de líquidos <input type="checkbox"/> Barreira ao acesso de líquidos <input type="checkbox"/> Ingestão de líquidos insuficiente <input type="checkbox"/> Agente farmacêutico <input type="checkbox"/> Desvios que afetam a ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Desvios que afetam a absorção de líquidos	<input type="checkbox"/> Alterações do turgor da pele <input type="checkbox"/> Diminuição do turgor da língua <input type="checkbox"/> Aumento da FC <input type="checkbox"/> Diminuição da PA <input type="checkbox"/> Aumento na concentração urinária <input type="checkbox"/> Diminuição do débito urinário <input type="checkbox"/> Membranas mucosas ressecadas <input type="checkbox"/> Pele ressecada <input type="checkbox"/> Sede <input type="checkbox"/> Hematócrito aumentado	Controle da hipovolemia <input type="checkbox"/> Monitorar evidências de desidratação <input type="checkbox"/> Monitorar as fontes de perdas de fluidos <input type="checkbox"/> Monitorar evidências laboratoriais para perda sanguínea Controle hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar resultados de exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Monitorar o estado hemodinâmico <input type="checkbox"/> Usar bomba de infusão <input type="checkbox"/> Monitorar ingestão e eliminação <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar o estado nutricional <input type="checkbox"/> Providenciar e administrar produtos do sangue Monitoração hídrica <input type="checkbox"/> Manter infusão endovenosa adequada <input type="checkbox"/> Instituir restrição de líquidos <input type="checkbox"/> Estabelecer possíveis fatores de risco para desequilíbrio de líquidos <input type="checkbox"/> Monitorar membranas mucosas, turgidez da pele e sede
25 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Dor aguda: <input type="checkbox"/> Agentes lesivos: biológicos, psicológicos, físicos	<input type="checkbox"/> Expressão facial de dor <input type="checkbox"/> Posição para aliviar a dor <input type="checkbox"/> Relato verbal de dor <input type="checkbox"/> Alteração no parâmetro fisiológico <input type="checkbox"/> Comportamento expressivo	Controle da dor <input type="checkbox"/> Avaliar a dor quanto (localização, características, duração, frequência, qualidade, intensidade e fatores precipitantes) <input type="checkbox"/> Observar para pistas não verbais de desconforto <input type="checkbox"/> Controlar fatores ambientais que possam influenciar a resposta do paciente ao desconforto <input type="checkbox"/> Proporcionar um alívio ideal da dor com o uso dos analgésicos prescritos <input type="checkbox"/> Utilizar técnicas não farmacológicas de alívio da dor

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
			<input type="checkbox"/> Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor
26 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Risco de infecção: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Alteração da integridade da pele <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Doença crônica <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Leucopenia	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Controle de infecção <input type="checkbox"/> Lavar as mãos antes e após procedimentos <input type="checkbox"/> Trocar acessos venosos periféricos conforme protocolo da instituição <input type="checkbox"/> Realizar curativos <input type="checkbox"/> Trocar curativo de acesso venoso central Proteção contra infecção <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e localizados de infecção <input type="checkbox"/> Manter as técnicas de isolamento <input type="checkbox"/> Inspeccionar condição de incisões cirúrgicas e feridas Cuidados com o local de incisão <input type="checkbox"/> Monitorar a incisão para detecção de sinais e sintomas de infecção Cuidados pós-parto <input type="checkbox"/> Monitorar lóquios para cor quantidade, odor e presença de coágulos <input type="checkbox"/> Realizar cuidados perineais Cuidados com sondas/drenos <input type="checkbox"/> Avaliar diariamente junto com equipe multiprofissional necessidade de manter sondas e drenos <input type="checkbox"/> Manter sonda/dreno pérvia(o) <input type="checkbox"/> Manter recipiente de drenagem no nível adequado <input type="checkbox"/> Fixar sonda/dreno para prevenir a pressão e remoção acidental <input type="checkbox"/> Monitorar quanto à quantidade, cor e consistência da drenagem a partir da sonda/dreno <input type="checkbox"/> Inspeccionar a área ao redor do local de inserção da sonda/dreno quanto à vermelhidão e ruptura da pele

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
27 () () Prioritário	Risco de aspiração: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Tosse ineficaz <input type="checkbox"/> Alimentação enteral <input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada para deglutir <input type="checkbox"/> Nível de consciência diminuído <input type="checkbox"/> Presença de sonda oral/nasal <input type="checkbox"/> Regime de tratamento	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Precauções contra aspiração <input type="checkbox"/> Monitorar o nível de consciência, reflexo de tosse, reflexo de vômito e capacidade de deglutição <input type="checkbox"/> Posicionar a cabeceira da cama de 30° a 45° <input type="checkbox"/> Manter o balonete traqueal insuflado <input type="checkbox"/> Manter o equipamento de aspiração disponível <input type="checkbox"/> Supervisionar a alimentação ou auxiliar, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Verificar o posicionamento da sonda antes da alimentação <input type="checkbox"/> Realizar aspiração traqueal, conforme apropriado
28 () () Prioritário	Risco de choque: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Hipovolemia <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Complicação pós-parto <input type="checkbox"/> Alergia medicamentosa	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Prevenção do choque <input type="checkbox"/> Inserir e manter acesso EV de grande calibre <input type="checkbox"/> Manter monitorização hemodinâmica contínua Precauções contra sangramento <input type="checkbox"/> Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente <input type="checkbox"/> Administrar hemocomponentes ou hemoderivados, conforme apropriado Redução do sangramento: útero pós-parto <input type="checkbox"/> Observar características dos lóquios <input type="checkbox"/> Monitorar a coloração, nível de consciência e dor maternos <input type="checkbox"/> Manter vigilância pós-parto rigorosa do estado materno Controle de alergias <input type="checkbox"/> Identificar e documentar alergias conhecidas no prontuário clínico <input type="checkbox"/> Colocar pulseira identificadora de alergia <input type="checkbox"/> Monitorar paciente quanto a reações alérgicas
29 () () Prioritário	Risco de sangramento: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Complicação pós-parto <input type="checkbox"/> Regime de tratamento	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Prevenção do choque <input type="checkbox"/> Inserir e manter acesso EV de grande calibre <input type="checkbox"/> Manter monitorização hemodinâmica contínua Precauções contra sangramento <input type="checkbox"/> Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente <input type="checkbox"/> Administrar hemocomponentes ou hemoderivados, conforme apropriado Redução do sangramento: útero pós-parto <input type="checkbox"/> Observar características dos lóquios

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
			<input type="checkbox"/> Monitorar a coloração, nível de consciência e dor maternos <input type="checkbox"/> Manter vigilância pós-parto rigorosa do estado materno
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
SEGURANÇA			
30 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Medo / Ansiedade: <input type="checkbox"/> Hospitalização <input type="checkbox"/> Sintomas relacionados à doença <input type="checkbox"/> Regime de tratamento	<input type="checkbox"/> Apreensão <input type="checkbox"/> Estado de agitação <input type="checkbox"/> Sensação de medo <input type="checkbox"/> Sensação de pânico <input type="checkbox"/> Estímulos entendidos como ameaça	Apoio emocional <input type="checkbox"/> Discutir a experiência emocional com a paciente <input type="checkbox"/> Explorar com a paciente o que desencadeou o sentimento <input type="checkbox"/> Fazer declarações compreensivas e empáticas <input type="checkbox"/> Ouvir e encorajar a expressão de sentimentos e crenças Melhora do enfrentamento <input type="checkbox"/> Avaliar a compreensão da paciente sobre o processo da doença <input type="checkbox"/> Usar uma abordagem calma e tranquilizadora <input type="checkbox"/> Encorajar o uso de recursos espirituais Aumento da segurança <input type="checkbox"/> Propiciar um ambiente livre de ameaças <input type="checkbox"/> Explicar todos os exames e procedimento à paciente <input type="checkbox"/> Responder com honestidade às perguntas sobre o estado de saúde Redução da ansiedade <input type="checkbox"/> Oferecer informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico <input type="checkbox"/> Escutar o paciente com atenção <input type="checkbox"/> Criar uma atmosfera para facilitar a confiança
31 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Conforto prejudicado: <input type="checkbox"/> Estímulos ambientais nocivos <input type="checkbox"/> Privacidade insuficiente <input type="checkbox"/> Sintomas relacionados à doença <input type="checkbox"/> Regime de tratamento	<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Incapacidade de relaxar <input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Alteração no padrão de sono <input type="checkbox"/> Desconforto com a situação	Redução da ansiedade <input type="checkbox"/> Utilizar abordagem calma e tranquilizadora <input type="checkbox"/> Explicar todos os procedimentos <input type="checkbox"/> Oferecer informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico <input type="checkbox"/> Escutar o paciente com atenção <input type="checkbox"/> Criar uma atmosfera para facilitar a confiança Melhora do sono

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
		<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Ajustar o ambiente para promover o sono <input type="checkbox"/> Implementar medidas de conforto de massagem, posicionamento e toque afetivo Controle do ambiente: conforto <input type="checkbox"/> Evitar interrupções desnecessárias e permitir o período de repouso <input type="checkbox"/> Criar um ambiente calmo e acolhedor <input type="checkbox"/> Determinar a causa do desconforto <input type="checkbox"/> Posicionar paciente para facilitar o conforto
ORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO			
32 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Confusão aguda: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Agente farmacêutico <input type="checkbox"/> Alteração na função cognitiva <input type="checkbox"/> <i>Delirium</i> <input type="checkbox"/> Infecção	<input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Alteração na função cognitiva <input type="checkbox"/> Alteração na função psicomotora <input type="checkbox"/> Alucinações <input type="checkbox"/> Alteração no nível de consciência	Controle do delírio <input type="checkbox"/> Identificar fatores etiológicos que causam delírio <input type="checkbox"/> Monitorar o estado neurológico continuamente <input type="checkbox"/> Reconhecer os medos e os sentimentos da paciente <input type="checkbox"/> Encorajar a visita de familiares <input type="checkbox"/> Remover estímulos sensoriais excessivos, quando possível <input type="checkbox"/> Utilizar restrições físicas, conforme necessário <input type="checkbox"/> Informar a paciente sobre pessoa, lugar e tempo
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIOSA OU TEOLÓGICA, ÉTICA OU DE FILOSOFIA DE VIDA			
33 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Religiosidade prejudicada: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Insegurança <input type="checkbox"/> Medo da morte <input type="checkbox"/> Sofrimento espiritual <input type="checkbox"/> Doença	<input type="checkbox"/> Verbalização congruente com sentimento de falta de fé <input type="checkbox"/> Expressões verbais negativas	Apoio espiritual <input type="checkbox"/> Usar ferramentas para monitorar e avaliar o bem-estar espiritual <input type="checkbox"/> Tratar o indivíduo com dignidade e respeito <input type="checkbox"/> Orar com a paciente <input type="checkbox"/> Encorajar o uso de recursos espirituais <input type="checkbox"/> Expressar empatia pelos sentimentos da paciente

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
34 () () Prioritário	Sofrimento espiritual: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Morte iminente <input type="checkbox"/> Estressores <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Mudança ambiental <input type="checkbox"/> Regime de tratamento	<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Questionamento do sentido do sofrimento <input type="checkbox"/> Questionamento do sentido da vida <input type="checkbox"/> Aceitação inadequada <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Desesperança <input type="checkbox"/> Sofrimento percebido	Apoio espiritual <input type="checkbox"/> Usar ferramentas para monitorar e avaliar o bem-estar espiritual <input type="checkbox"/> Tratar o indivíduo com dignidade e respeito <input type="checkbox"/> Orar com a paciente <input type="checkbox"/> Apoiar a mulher que precisa de ajuda em suas preces <input type="checkbox"/> Encorajar o uso de recursos espirituais <input type="checkbox"/> Expressar empatia pelos sentimentos da paciente Apoio emocional <input type="checkbox"/> Discutir a experiência emocional com a paciente <input type="checkbox"/> Explorar com a paciente o que desencadeou o sentimento <input type="checkbox"/> Fazer declarações compreensivas e empáticas <input type="checkbox"/> Ouvir e encorajar a expressão de sentimentos e crenças

Espaço para acréscimo de Diagnósticos de Enfermagem e intervenções a critério do Enfermeiro:

Espaço para os registros / observações da Enfermagem (Técnicos de Enfermagem)

Enfermeiro prescritor - Assinatura e carimbo

6 DISCUSSÃO

Concernente a revisão de literatura, o método PRISMA utilizado para nortear a presente revisão é responsável por colaborar no reporte transparente da revisão, de forma sistemática (MOHER *et al.*, 2015), mesmo com a recomendação para revisões sistemáticas, podendo ser utilizadas para outros tipos de revisões.

Benefícios advindos da estruturação dos registros de enfermagem podem ser pontuados, os quais foram identificados em revisão sistemática. Dentre eles, cabe citar: melhor descrição das intervenções de Enfermagem e resultados da assistência prestada; atendimento às exigências legais da profissão, referentes aos registros; maior suporte para a prática cotidiana e para auditorias; continuidade do cuidado; desenvolvimento e valorização do cuidado colaborativo, todos estes benefícios vinculados a todas as etapas do PE (SARANTO *et al.*, 2014).

Os achados compilados se fizeram úteis para compor arcabouço teórico necessário à atualização e desenvolvimento dos instrumentos objetivados no presente estudo, com o intuito de auxiliar a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, por meio do método do PE. Para sua efetividade, os enfermeiros precisam apresentar domínio e habilidade para implementação de todas as etapas estabelecidas pela Resolução COFEN nº 358/2009, definidas por: Coleta de dados ou Histórico de Enfermagem (HE), Diagnósticos de Enfermagem (DE), Planejamento, Implementação e Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009). De acordo com Galvão e Pereira (2015) com a conclusão da avaliação, os resultados dos desfechos são apresentados acompanhados da qualidade da evidência.

Viana et al. (2018) abordam a importância do PE como um norte para a aplicação dos conhecimentos técnico-científicos e sua relevância dinâmica em unidades de terapia intensiva, sendo o enfermeiro responsável pela equipe de enfermagem e pela operacionalização do processo de cuidar, enquanto grande incentivador da equipe para que o PE seja executado em sua totalidade, devendo ele saber o que é o PE, como ele deve ser operacionalizado e sua importância para a assistência associado à vontade de mudar a realidade atual.

A Enfermagem, enquanto profissão, necessita consolidar-se com base na disciplina,

que deve conter preceitos teóricos imprescindíveis ao seu processo de desenvolvimento e consolidação, destacando-se as suas bases fundamentais. Assim, há o incentivo pela utilização de teorias/referenciais teóricos de Enfermagem, que deem sustentação aos estudos e ao desenvolvimento de seus produtos, enquanto alicerces que os delineiam. Assim, destaca-se a utilização da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, conforme vem destacando-se em outros estudos na área (MAZZO, BRITO, 2016).

Outro aspecto importante de estudos direcionados à assistência de Enfermagem, conforme no presente estudo, se dá pela utilização de sistemas de classificação, que tem o intuito de padronizar a linguagem, conferindo sustentabilidade à profissão, por meio de uma linguagem própria. No presente estudo destaca-se a NANDA-I, porém a literatura destaca outros sistemas, à exemplo da CIPE[®] (MAZZO, BRITO, 2016).

Destarte, a utilização da NANDA-I (2018-2020), NOC e NIC facilitam a identificação das respostas humanas e a tomada de decisão clínica pelo enfermeiro sobre os resultados desejáveis e intervenções para alcançá-los. Investigar, diagnosticar e intervir na busca de resultados implica na aproximação do enfermeiro com o enfermo em dimensões subjetivas, na interação e confiança, gerando uma assistência que alcance as necessidades individuais de cada ser humano.

Holanda *et al.* (2015), ressaltam a importância da coleta de dados, por meio de um histórico e exame físico detalhado, em que se pode extrair informações essenciais ao cuidado sistematizado e individualizado de forma qualitativa. Por ser a primeira etapa do Processo de Enfermagem, enquanto inter-relacionadas e recorrentes, estão a todo tempo se modificando e permitindo acompanhar a evolução e resolução das necessidades apresentadas por meio dos diagnósticos de Enfermagem, bem como a utilidade das intervenções e sua suspensão após reestabelecimento do estado de saúde.

Dentre os fatores específicos da gestação têm-se informações importantes que devem ser coletadas de maneira minuciosa como a presença de afecções anteriores como a hipertensão arterial que ocasiona pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, síndromes hemorrágicas ou dor aguda, infecções que evoluam para o trabalho de parto prematuro ou aborto, como os pré-existentes que são: condições sociodemográficas, patologias anteriores, histórico de três ou mais abortos anteriores, gravidez com idade avançada; além de fatores clínicos e traumáticos. Essas condições se caracterizam como morbidades maternas importantes pois implicam em risco materno e/ou fetal, requerendo uma atenção mais criteriosa a essas gestantes (BRASIL, 2012; GOMES, 2016; AMORIM, 2017).

Assim, com base no foco do estudo que é o período gravídico-puerperal, entende-se

que a gestação é um período inerente à mulher, onde ela carrega em seu ventre um ou mais conceitos, passando por um momento de muitas mudanças e adaptações biológicas, fisiológicas e psicológicas, geralmente ocorrendo de forma saudável. Contudo, esse evento peculiar pode sofrer agravos, quer seja por fatores específicos como por características pré-existentes, tornando-se uma gestação de alto-risco e necessitando muitas vezes de cuidados críticos (GOMES, 2016; AMORIM, 2017).

Estudo (CASTELLAN *et al.*, 2016) identificou que os DE relacionaram-se significativamente à mortalidade e ao tempo de permanência de internação nas UTIs. Assim, evidencia-se a importância do PE nessas unidades, já que através da sua aplicação e avaliação pode-se estimar a complexidade das pacientes, bem como determinar as necessidades individuais de cuidado, com base em uma ordem prioritária e sistematizada dessas ações.

Assim, compreende-se que os diagnósticos de Enfermagem conferem valor e diferencial ao enfermeiro, enquanto tecnologia privativa da profissão, essencial ao cuidado de qualidade e individualizado. Dos diagnósticos mantidos no instrumento desenvolvido destacam-se na literatura “Dor aguda”, “Mobilidade física prejudicada”, “Risco de infecção”, “Integridade da pele prejudicada”, “Constipação” e suas respectivas intervenções foram evidenciados em estudo que avaliou o uso de diagnósticos e intervenções de Enfermagem propostos para mulheres em trabalho de parto e gestantes de alto risco (MEDEIROS *et al.*, 2016), que foram organizados com base nos domínios da NANDA-Internacional.

Destaca-se que Santos, Costa-Neto e Nery (2016) e Oliveira e Freitas (2009) evidenciaram intervenções utilizadas como as direcionadas ao controle do diagnóstico de Enfermagem “Risco de infecção”, à exemplo da lavagem das mãos e ações pautadas no apoio à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

O que faz-se importante ressaltar, partindo da premissa de que essa ação deve estar contida nas boas práticas de Enfermagem, com base na segurança do paciente e se mostram efetivas e essenciais, em especial na atualidade, onde a COVID-19 encontra-se em estado de pandemia e demanda a lavagem das mãos como ação básica no controle de infecções, que é proposta desde o surgimento da Enfermagem Moderna, por Florence Nightingale (PENG *et al.*, 2020).

Além disso, Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como diferentes órgãos nacionais e internacionais, tem evidenciado a segurança do paciente e a qualidade da assistência como alicerce para execução do cuidado nas unidades de saúde, buscando redução das chances de erros e minimizar as falhas relacionadas à assistência (LUCENA, 2013). Nesse sentido, o PE constitui em uma ferramenta essencial por permitir o registro de

informações consistentes e relevantes a respeito da paciente, as quais fundamentam a avaliação clínica, a tomada de decisão e o planejamento da assistência de Enfermagem (DUTRA et al., 2016).

Outro diagnóstico de Enfermagem mantido foi “Mobilidade física prejudicada”, sendo justificado pela literatura, uma vez que a gestante necessitará de medicações e cuidados que exigirão menos gasto metabólico, com isso, acabam em coma induzido. Na Enfermagem, principalmente em UTI, é comum o diagnóstico supracitado, tal achado corrobora com Soares (2019a), Soares (2019b), Silva (2019) e Andrade (2020).

Faz-se importante ressaltar que os diagnósticos referidos anteriormente compreendem níveis de necessidade importantes da dimensão psicobiológica de Horta, sendo elas Oxigenação, Nutrição, Eliminação, Sono e repouso, Locomoção, Integridade cutaneomucosa, e Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular.

Já os diagnósticos novos propostos no presente estudo para contemplar o instrumento assistencial também estão destacados na literatura como “Padrão respiratório ineficaz”, “Distúrbio no padrão de sono” e “Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais” (MEDEIROS *et al.*, 2016), além de “Risco de aspiração” (OLIVEIRA, FREITAS, 2009), destacando intervenções e ações como monitorização respiratória, e relatando que a dificuldade de elevar a parte superior do corpo, a depressão dos reflexos da tosse e deglutição e o aumento da pressão intragástrica, podem levar à aspiração de secreções.

Vale ressaltar que os aspectos descritos no relato anterior foram contemplados nas ações direcionadas ao risco de aspiração no atual estudo, bem como também estiveram presentes para o planejamento direcionado ao diagnóstico de Enfermagem “Volume de líquidos deficiente”, que foi mantido com base no instrumento utilizado para adaptação no atual estudo.

As intervenções de Enfermagem e suas ações da dimensão psicobiológica utilizadas no desenvolvimento do presente estudo foram destacadas pela literatura na área (MEDEIROS *et al.*, 2016) como a monitoração da saturação de oxigênio e da pressão arterial, lavagem das mãos antes e após os procedimentos, monitorar nível de consciência, realizar mudança de decúbito, realizar higiene oral e íntima. Ressalta-se ainda ações da dimensão psicossocial como o apoio emocional.

Cabe destacar que essas ações foram evidenciadas no planejamento de vários diagnósticos de Enfermagem, demonstrando a evidência dos dados contemplados na tecnologia na literatura, o que converge para melhorias assistenciais na área.

No que concerne as necessidades psicossociais, a literatura (SILVA *et al.*, 2019) refere que as necessidades identificadas (diagnósticos de Enfermagem) para a mulher no ciclo gravídico-puerperal em UTI estão relacionados a predisposição do contexto psicossocial que elas estão inseridas, as tornando vulneráveis, afirmando ainda que as alterações hormonais fisiológicas da gravidez têm um papel ativo nesse contexto.

Conforme outro conceito diagnóstico de Enfermagem importante e incluído na tecnologia desenvolvida, o “Medo” também foi evidenciado no estudo de Medeiros *et al.* (2016) e em estudo sobre assistência de Enfermagem em parto cesáreo (SILVA *et al.*, 2018) enquanto pertencente ao domínio “Enfrentamento e Tolerância ao estresse”, além do conceito “Conforto”, nesse último, desvelando a importância das necessidades psicossociais para a mulher no período gravídico-puerperal.

Geralmente, estudos realizados com foco em cuidados intensivos tem predomínio das dimensões psicobiológicas, com destaque para os níveis oxigenação e nutrição e baixo predomínio das psicossociais e psicoespirituais, a exemplo da literatura (SOUZA *et al.*, 2019), muitas vezes nem mesmo referindo o terceiro nível de necessidade, sendo esse essencial à integralidade do cuidado.

Diagnósticos de Enfermagem direcionados a dimensão psicoespirituais são essenciais, por compreenderem esferas que geralmente são muito afetadas pelo presente público alvo, porém, esses foram evidenciados apenas em estudo sobre o luto nas puérperas (SOUZA *et al.*, 2014), o que demonstra a sua desvalorização nesse contexto, porém a inovação e completude do presente estudo.

Com base no processo de validação de aparência e conteúdo considerou-se válido todos os aspectos contemplados nos dois instrumentos, corroborando com os achados da literatura. Faz-se importante discutir ainda que no atual estudo após o processo de validação pelos juízes optou-se por organizar os conceitos diagnósticos no instrumento de forma a inicialmente apresentar o conceito juntamente com os fatores relacionados ou de risco, devido à sua caracterização enquanto antecedentes do conceito e logo após as suas respectivas características definidoras, enquanto atributos que caracterizam e especificam a essência do conceito, como ele é (BOUSSO, POLE, CRUZ, 2014).

Os presentes instrumentos validados neste estudo foram pensados e estruturados com vistas a incorporação ao Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), sistema já em uso no Hospital, como forma não apenas de informatização do PE no serviço, mas também de execução de um PE confiável e seguro, por constituir dois produtos validados, prontos para aplicação e validação clínica.

A informatização do PE é uma tendência forte e atual para a Enfermagem, com vistas a contribuir para o aprimoramento da qualidade e segurança dos cuidados em saúde, no estímulo ao pensamento crítico e reflexivo, no planejamento, na tomada de decisão, na comunicação, no controle gerencial e nas mudanças organizacionais, ao passo em que possibilitam o estabelecimento de diálogo entre os membros da equipe de Enfermagem e multiprofissional (DUTRA *et al.*, 2016).

Assim, o presente estudo preenche lacuna no conhecimento (SANTOS; COSTA NETO; NERY, 2016) referente a produção de estudos na área assistencial de Enfermagem à mulheres no ciclo gravídico-puerperal, com o intuito de favorecer-las, enxergá-las e assisti-las, para a melhoria de seus prognósticos e diminuição da morbimortalidade.

Os autores Santos, Costa Neto, Nery (2016), ainda afirmam que o número de artigos encontrados sobre a assistência de Enfermagem em UTIs maternas é restrito, dado o fato de que o tema mesmo sendo de importância, ainda é pouco divulgado, o que impacta na produção na área. É importante ressaltar a tendência na atualidade pelo desenvolvimento de tecnologias assistenciais de Enfermagem, em especial direcionadas à mulher no ciclo gravídico-puerperal (DUARTE *et al.*, 2019; RANGEL *et al.*, 2019; MAZZO, BRITO, 2016).

É salutar o cuidado à mulher, enquanto premissa descrita com base em evidências científicas, devendo ser norteada pelas políticas públicas de saúde na área, cabendo ao enfermeiro, com sua prática assistencial, reafirmar o respeito à fisiologia do parto, através da utilização necessária das práticas não farmacológicas e não invasivas no processo de parturição em ambiente acolhedor.

Nesse tocante, as tecnologias do cuidado contribuem para a promoção desse cuidado, favorecendo o protagonismo da mulher, favorecendo a autonomia das mulheres, mostrando a sua importância para a garantia de emprego de práticas para um cuidado centrado nas necessidades da mulher (DUARTE *et al.*, 2019).

Enquanto contribuições para a Enfermagem e saúde, o presente estudo apresenta a potencialidade de utilização da tecnologia na assistência de Enfermagem na MEAC, assim como também em outras instituições na área, com possibilidade para geração de indicadores de Enfermagem e a de integrar um *software* para o PE em UTI materna. Possibilita ainda contribuições para o ensino e pesquisa na medida em que proporciona novas reflexões sobre a utilização do PE na unidade em estudo, sendo esta um setor fundamental que se encontra dentro de uma Maternidade Escola.

A limitação do estudo está pautada na não validação clínica dos instrumentos, o que necessita de estudos posteriores para avaliação da sua efetividade na prática.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível desenvolver um instrumento tecnológico para a assistência de Enfermagem às pacientes internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Materna fundamentado nas necessidades humanas básicas, o qual obteve nível satisfatório de validação de aparência do instrumento de coleta de dados e da tecnologia assistencial e conteúdo dos dois instrumentos. Ressalta que o IVC geral das duas validações atingiram valores satisfatórios para ambos os instrumentos.

Apesar da alta concordância de validação as considerações dos juízes foram acatadas conforme a necessidade e melhor viabilidade dos instrumentos, em busca de melhorias para o instrumento e para a assistência em si ao público alvo do estudo.

Assim, o presente estudo contempla o arcabouço não apenas teórico na área materno-puerperal, mas também para a assistência, com a potencialidade de utilização da presente tecnologia na prática, contribuindo para geração de indicadores de enfermagem na área e para a integração de um *software* para o PE em UTI materna.

Assim, recomenda-se o uso efetivo da Sistematização da Assistência da Enfermagem, de forma exaustiva pela profissão e embasada nos aspectos éticos e legais que a regem, utilizando tecnologias que pautam o método do Processo de Enfermagem e caracterizam a profissão, tornando o cuidado mais consolidado na prática, além de atuar na geração de indicadores.

Ressalta-se que estudos posteriores sejam realizados no intuito de se testar a efetividade da tecnologia na população alvo, por meio da sua avaliação clínica com o respectivo público alvo, preenchendo essa lacuna no conhecimento.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. F. L. L. **Tecnologia educativa para promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas: estudo de validação**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). 2015.
- AMORIM, T. V.; SOUSA, I. E. O.; MOURA, A. P. *et al.* Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. **Enfermería Global**. v. 16, n. 2, p. 500-543, 2017.
- ANDRADE, S. A. D.; FONSECA DA CRUZ, I. C. Prática de enfermagem baseada em evidência para mobilidade física prejudicada em UTI - **Revisão Sistematizada da Literatura**. **Journal of Specialized Nursing Care**. v. 12, n. 1, 2020.
- ARAÚJO, R. O. **Processo de Enfermagem para melhoria da qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa à luz da teoria das necessidades humanas básicas**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte., 2018.
- BENINCASA, M.; DE FREITAS, V. B.; ROMAGNOLO, A. N. *et al.* O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. **Rev. SBPH**. v. 22, n. 1, p. 238-257, 2019.
- BERTONCELLO, K. C. G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após laringectomia total: construção e validação de uma tecnologia de medida**. Monografia (Graduação). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2004.
- BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de Amostragem**. São Paulo: Edgar Blucher, 2005. 274p.
- BOUSSO, R. S.; POLES, K.; CRUZ, D. A. L. M. Nursing concepts and theories. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 1, p. 144-8, 2014.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Brasília-DF, 2012, Publicada no DOU de 13.06.2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de mortalidade (SIM)**. Brasília-DF, 2020. Acesso em: 15 Mar 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>
- _____. Presidência da República. **Lei 7.498/86 de 25 de Junho de 1986**. Brasília, 25 de Junho de 1986, publicado no DOU de 26.6.1986.
- BULECHEK, G. M.; BUTCHER H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. (6ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 2016.
- CARVALHO, E. C.; CRUZ, D. A. L. M.; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v. 66, n. Esp, p. 134-41, 2013.
- CASTELLAN, C. SLUGA, S.; SPINA, E. *et al.* Nursing diagnosis, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirements in Intensive

Care Unit. **Journal of Advanced Nursing**, v. 72, n. 5, p.1273-1286, Jun. 2016.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA. **Informe epidemiológico mortalidade materna**. Secretaria de Saúde do Estado. Fortaleza/CE, Junho, 2015. Acesso em: 03 fev 2019. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br>.

_____. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA. **Informe epidemiológico mortalidade materna**. Secretaria de Saúde do Estado. Fortaleza/CE, 2016. Acesso em: 03 fev 2019. Disponível em <http://www.saude.ce.gov.br>.

_____. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA. **Informe epidemiológico mortalidade materna**. Secretaria de Saúde do Estado. Fortaleza/CE, 2017. Acesso em 03 Fev 2019. Disponível em <http://www.saude.ce.gov.br>.

_____. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA. **Nascer no Ceará: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará** / Organizadores: Liduína de Albuquerque Rocha e Sousa. [et al.]; - Fortaleza: Littere, 2018.

CHIANCA, T. C. M.; LIMA, A. P. S.; SALGADO, P. O. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 46, n. 5, p. 1102-1108, 2012.

CIANCIARULLO, T. I. Teoria das necessidades humanas básicas - um marco indelével na enfermagem brasileira. **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 21, n. Especial, p. 100- 107, 1987.

CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R. MELLEIRO, M. M. *et al.* **Sistematização da assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone Editora; 2001. p. 131-63.

COELHO, A. V.; MOLINA, R. M.; LABEGALLINI, M. P. C. *et al.* Validação de um Histórico de Enfermagem para Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. v. 38, n. 3, p. e68133, 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-358/2009, de 15 de outubro de 2009**. Acesso em: 11 Ago 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.htm.

DAL SASSO, G. T. M.; BARRA, D. C. C.; PAESES, F. *et al.* Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. **Rev Esc Enferm USP**. v. 47, n. 1, p. 242-9, 2013.

DIAS, J. M. G.; OLIVIERA, A. P. S.; CIPOLOTTI, R. *et al.* Mortalidade Materna. **Rev Med Minas Gerais**. v. 25, n. 2, p. 173-179, 2015.

DOMINGOS, C. S. **Adaptação de um software com o processo de Enfermagem para unidade de internação**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Viçosa. Viçosa-MG, 2018.

DUARTE, M. R.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D.P. *et al.* Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. **Cogitare enferm.**, v. 24, p. 1-11, 2019.

DUTRA, H. S.; PINTO, L. M. C.; FARAH, B. F. *et al.* Utilização do processo de

enfermagem em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. **HU Revista**. v. 42, n. 4, p. 245-252, nov./dez. 2016

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). **Relatório de produção assistencial 2018**. Acesso em: 15 Jan 2019. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/meac-ufc>

ESPINOZA-VENEGAS, M.; SANHUEZA-ALVARADO, O.; RAMÍREZ-ELIZONDO, N. *et al.* Validação do construto e da confiabilidade de uma escala de inteligência emocional aplicada a estudantes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 23, n. 1, p. 139-147, 2015.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart and Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-9, 1987.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROL-JOHSON, P. **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations**. Philadelphia: JB Lippincott, 1994.

FÉLIX, N.D.C. **Subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica**: base conceitual para a teoria de médio alcance do cuidado no contexto de risco cardiovascular. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2019. 399f.

FERREIRA, A. M.; ROCHA, E. N.; LOPES, C. T. *et al.* Diagnósticos de Enfermagem em Terapia Intensiva: Mapeamento cruzado e taxonomia da NANDA-I. **Rev Bras Enferm**. v. 69, n. 2, p. 307-15, 2016.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Redação, publicação e avaliação da qualidade da revisão sistemática. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 333-334, 2015.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª edição – São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, L. F. S. **Sistematização da assistência de enfermagem à gestante de alto risco: construção e validação de tecnologia para o cuidado**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza-CE, 2016.

GRUPO ANIMA EDUCAÇÃO. **Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências**. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação; 2014.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação**. 11ª edição, 2018-2020. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2018

HOLANDA, C. S. M.; ALCHIERI, J. C.; MORAIS, F. R. R. *et al.* O. Estratégias de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do atendimento da gestante no ciclo gravídico-puerperal. **Rev Panam Salud Publica**. v. 37, n. 6, p. 388–94, 2015.

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

HORTA, W. DE A. **Processo de Enfermagem**. Colaboração de CASTELANOS, B. E. P. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 99p.

JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **J Adv Nurs**, v. 20, n. 4, p. 769-776, 1994.

JOHNSON M, MOORHEAD S, BULECHEK G. *et al.* **Ligações NANDA-NOC-NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LIMA, M. R. G.; COELHO, A. S. F.; SALGE, A. K. M. *et al.* Alterações maternas e desfechos gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. **Cad. Saúde coletiva**. v. 25, n. 3, p. 324-331, 2017.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev. Bras. Enferm.** v. 66, n. 5, p. 649-655, 2013 .

LUCENA, A.F. Processo de enfermagem: interfaces com o processo de acreditação hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 34, n. 4, 2013.

LYNN, M. R. Determination and qualification of content validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382-385. Nov-dez, 1986.

MAFFEI, B.; MENEZES, M.; CREPALDI, M. A. Rede social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 216-237, 2019.

MARQUES, D. K. A.; SILVA, K. L.; NÓBREGA, M. M. L. Escolares hospitalizados: proposta de um instrumento para coleta de dados à luz da teoria de Horta. **Rev Gaúcha de Enfermagem**. v. 37 n. esp, p.:e2016-0038, 2016.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Rev Bras Enferm.** v.71, n. 1, p. 725-31, 2018.

MASLOW, A. H. **Motivation and personality**. 2ed. New York: Harper e Row, 1970.

MASSAROLI, R.; MARTINS, J. G.; MASSAROLI, A. *et al.* Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 19, n. 2, p. 252-258, 2015.

MAZZO, M. H. S. N.; BRITO, R. S. Nursing instrument to attend mothers who recently gave birth in primary health care. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n. 2, p. 294-303, 2016.

MEDEIROS, A. L.; DOS SATNOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. *et al.* Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 37, n. 3, p. 1-9, 2016.

MEDEIROS, T. M. C.; VISGUEIRA, A. F.; MORAES, H. M. P. L. *et al.* Perfil das pacientes admitidas na unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade pública. **Rev enferm UFPE on line**. v. 10, n. 10, p. 3876-82, 2016a.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MOHER, David et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis

protocols (PRISMA-P) 2015 statement. **Systematic reviews**. v. 4, n. 1, p. 1, 2015.

MONTE, A. S. **Adaptação e validação de conteúdo do “Questionário para as mulheres” para a realidade da assistência à mulher no pré, trans e pós-parto em Fortaleza**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Fortaleza-CE, 2013. 118 f.

MORAIS, S. C. R. V.; NÓBREGA, M. M. L.; CARVALHO, E. C. Mapeamento cruzado de resultados e intervenções de enfermagem: contribuição para a prática. **Rev Bras de Enfermagem**. v. 71, n. 4, p. 1993-2000, 2018

OLIVEIRA, A. K. S.; FERNANDES, A. M. G.; CARVALHO, G. A, F. *et al.* Humanização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Revista Humano Ser – UNIFACEX**. v.3, n.1, p. 128-145, 2018.

OLIVEIRA, L. L. **Construção e validação de hipermídia educativa sobre parto para graduação de Enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza-CE, 2015.

OLIVEIRA, M. F.; FREITAS, M. C. Frequent nursing diagnoses and interventions for women under critical care. **Rev Bras Enferm.**, v. 62, n. 3, p. 343-8, 2009.

PASQUALI, L. **Tecnologias psicológicas: Manual prático de elaboração**. Brasília: Laboratório de Pesquisa em avaliação e medida – LABPAM, 1999.

PASSINHO, R.S.; PRIMO, C.C.; FIORESI M. *et al.* Elaboration and validation of an ICNP® terminology subset for patients with acute myocardial infarction. **Rev Esc Enferm USP**, v.53, P. e03442, 2019.

PENG M.T. Nurses: A Voice to Lead, Nursing the World to Health-Viewing COVID-19 Epidemic Prevention Efforts in Light of Nightingale's Perspective on Infection Control. **Hu Li Za Zhi**. v. 67, n. 3, p. 102-110, 2020.

PEREIRA, F. G. F.; SILVA, D. V.; SOUSA, L. M. O. *et al.* Natasha Marques. Construção de um aplicativo digital para o ensino de sinais vitais. **Rev Gaúcha de Enfermagem**. v. 37, n. 2p. e59015, 2016.

PISSAIA, L. F.; DA COSTA, A. E. K.; MORESCHI, C. *et al.* Impacto de tecnologias na implementação da sistematização da assistência hospitalar: uma revisão integrativa. **R Epidemiol Control Infec**. v. 8, n. 1, p. 92- 100, 2018.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Guanabara Koogan, 2018. 1392p.

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

RAMALHO NETO, J. M., FONTES, W. D.; NÓBREGA, M. M. L. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de terapia intensiva geral. **Rev Bras Enferm**. v. 66, n. 4, p. 535-42, 2013.

- RANGEL, R. C. T.; SOUZA, M. L.; BENTES, C. M. L. *et al.* Care technologies to prevent and control hemorrhage in the third stage of labor: a systematic review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 27, n. e3165, p. 1-18, 2019.
- RUBIO, D. M.; BERG-WEGER, M.; TEBB, S. S. *et al.* Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003.
- SABOIA, D. M. **Construção e Validação de aplicativo para prevenção da incontinência urinária em mulheres após o parto**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza/CE, 2017.
- SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em terapia intensiva. **Rev Latino-Am. Enfermagem**. v. 19, n. 4, p. 928-935, 2011.
- SANTOS, A. G.; COSTA NETO, A. M.; NERY, I. S. Nursing Care To Women With Intensive Care Needs During The Cycle Pregnancy Puerperal. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. v. 10, n. 1, p. 1-12, 2016.
- SANTOS, R.B.; RAMOS, K. S. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. **Rev Bras Enferm**. v. 65, n. 1, p. 13-8, 2012
- SARANTO, K.; KINNUNEN, U. M.; KIVEKAS, E. *et al.* Impacts of structuring nursing records: a systematic review. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 28, n. 4, 629-647, 2014.
- SILVA JÚNIOR, M G. **INFOSAE: uma estratégia para implementar o processo de Enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará. Belém, 2015.
- SILVA, C. R.; LIMA, E. F.A.; PRIMO, C. C. *et al.* Atitudes do Enfermeiro frente ao Processo de Enfermagem. **J. Res.: Fundam. Care. Online**. v. 10, n. 4, p. 1111-1117, 2018
- SILVA, M. R.; SILVA, D. O.; MONTEIRO, N. M. A. T. *et al.* Diagnoses, Results, and Nursing Interventions In C-Sections. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 12, n. 12, p. 3221-30, 2018a.
- SILVA, V.; FERREIRA, C.; BASÍLIO, A. *et al.* Depressive symptomatology at full-term pregnancy in low risk women. **J Bras Psiquiatr**. v. 68, n. 2, p. 65-72, 2019.
- SOARES, F M M; PEQUENO, C. L. D.; MAIA, M. P. *et al.* Perfil clínico de pacientes internados em unidades de neurologia. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 87, n. Edição Esp, 2019b.
- SOARES, F. M. M. S.; SILVEIRA, R. A.; MESQUITA, K. K. B. Validation of an Instrument for Nursing Care for Critically Ill Patients with Trauma. **J Nurs Health Sci| Volume**, v. 5, n. 2, p. 22, 2019a.
- SOUZA, C. F.; UKUBO, B.; PONTES, D. S. *et al.* Perfil clínico-demográfico de pacientes em ciclo grávido- puerperal admitidas em uma Unidade de Terapia Intensiva em Fortaleza. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**. v. 8, n. 1, p. 30-42, 2015.

SOUZA, E. M.; COSTA, B. C.; SILVA, D. S. B. *et al.* Reflections about nursing as a mental health promoter to mothers in childbirth in mourning. **Rev enferm UFPE on line**. v. 8, n. 12, p. 4377-80, 2014.

SOUZA, P. T. L.; FERREIRA, J. A.; OLIVEIRA, E. C. S. *et al.* Necessidades humanas básicas em terapia intensiva. **Rev Fun Care Online**. v. 11, n. 4, p. 1011-1016, 2019.

TANNURE, M. C. **Construção e avaliação da aplicabilidade de um software com o Processo de Enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de adultos**. 2012. 324f. Tese (Doutorado) - Departamento de enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

TONIN, K. A.; DE OLIVEIRA, J. L. C.; FERNANDES, L. M. *et al.* Internação em Unidade de Terapia Intensiva por causas obstétricas: estudo em hospital público de ensino. **Rev Enferm UFSM**. v. 3, n. 3, p. 518-527, 2013.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Notícias 2014: Mortes maternas caem um terço em todo o mundo**. Acesso em: 20 set 2018. Disponível em: http://www.unicef.org/brasil/pt/media_18811.htm.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

VIANA, M. R. P.; SILVA, I. M. B.; FERREIRA, T. R. S. *et al.* A Operacionalização do Processo de Cuidar em Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Materna. **Rev Fund Care Online**. v. 10, n. 3, p. 696-703, 2018.

VIANA, R. A. P. P.; VARGAS, M.A O.; CARMAGNANI. *et al.* Perfil do Enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 23, n. 1, p. 151-9, 2014.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **Journal of Advaced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

ANEXO A - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICO / GINECOLÓGICO INTERNAÇÃO



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ



MEAC
MATERNIDADE - ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	Formulário	FOR.ENF.002 Página 1/2
Título do Documento:	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICO/GINECOLÓGICO - INTERNAÇÃO	Emissão: 29/08/2016 Revisão Nº: 01 – 28/10/2018

() OBSTETRÍCIA () GINECOLOGIA

DADOS DO PACIENTE	
NOME: _____	PRONTUÁRIO.: _____
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ - Idade: _____	
Data da admissão: ___/___/___	Hora: _____ Setor: _____ Enf/Leito: _____
Ocupação: _____	Estado civil: _____ Renda Familiar: _____ Procedência: _____
Escolaridade: _____	Religião: _____
Queixa Principal: _____	HD: _____
ANTECEDENTES PESSOAIS	
() HAS () DM () CARDIOPATIA () RENAL () OUTRAS: _____	
Medicações em uso: () Não () Sim _____	
Internação anterior: () Não () Sim _____	
Cirurgias anteriores: () Não () Sim _____	
Alergias: () Não () Sim _____	
Hemotransfusões: () Não () Sim _____	
Hábitos: () Tabagismo () Etilismo () Drogas ilícitas () Outros: _____	
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS	
Menarca: _____ Sexarca: _____ Menopausa: _____	
Vida sexual ativa: () Sim () Não Nº de parceiros: _____	
Método anticoncepcional: () ACO () Injetável () Condom () DIU () Outros: _____	
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	
Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____ PV: _____ PC: _____ Nascidos-vivos: _____ Natimortos: _____	
Complicações obstétricas: _____	

GESTAÇÃO ATUAL	
DUM: ___/___/___ DPP: ___/___/___ IG M (DUM): _____ IG M (US): _____	
Pré-Natal: () Sim () Não Nº de consultas: _____	
Vacinação anti-tetânica: () Sim () Não Nº de doses: _____	
Complicações durante a gestação: _____	
Exames:	Grupo Sang.: _____ Fator Rh: _____ VDRL: _____ Anti-HIV: _____
Bolsa:	() Íntegra () Rota Data: ___/___/___ Hora: _____
LA:	() Claro () Claro com grumos () Mecônio () Outros: _____
MF: _____	DU: _____ BCF: _____

EXAME FÍSICO	
Sinais Vitais: PA _____x_____mmhg PULSO: _____bpm TEMP: _____°C FR: _____	
ASPECTO GERAL	
Nível de consciência: () Alerta () Confuso () Sonolento () Torporoso () Comatoso	
Orientação: () Orientado () Desorientado () Verbaliza () Não verbaliza	
Pele: () Íntegra () Normocorada () Hipocorada () Cianótica () Ictérica () Lesões	
Higiene: () Boa () Razoável () Sujidades	
Abdome: () Gravídico () Flácido () Distendido () Doloroso () Rígido () Outros	
MMSS: () Edema () Hiperemia () Lesões () Outros: _____	
MMII: () Edema () Hiperemia () Lesões () Outros: _____	
SISTEMA RESPIRATÓRIO	
Respiração: () Eupneica () Taquipneica () Bradipneica () Dispneica	
Oxigenação: () Ar ambiente () O ₂ especificar Sat O ₂ : _____	
SISTEMA GASTROINTESTINAL	
Dieta: () Oral () SNG () NPT () Zero	
SISTEMA URINÁRIO	
Eliminações urinárias: () Normal () Disúria () Hematúria () Anúria () Oligúria () Poliúria	
Sonda vesical: () Ausente () SVD () SVA	
SISTEMA REPRODUTOR	
Mamas: () Simétricas () Assimétricas () Nódulos () Mastectomia () Outros: _____	
Mamilos: () Protusos () Planos () Invertidos () Fissuras () Colostro () Outros: _____	
Genitália: () Edema () Lesões () Varizes () Episiorragia () Outros: _____	
Leucorreia: () Sim () Não Aspecto: _____	
Lóquios: () Rubros () Serosos () Alvos () Não se aplica	
STV: () Discreto () Moderado () Intenso () Com coágulo () Não se aplica	
CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO	
() Suspenso medicamentos: () Anticoagulantes () Hipoglicemiantes () Anticoncepcionais	
() Solicitado reserva de hemoderivados () Conferido Termo de Autorização para cirurgia	
() Checado jejum () Esvaziamento da bexiga () Preparo do cólon	
() Checado SSVV () Checado acesso venoso	
() Retirado: () Adornos () Prótese dentária () Esmalte () Peças íntimas	
() Medicamento pré-anestésico _____ () Banho com clorexidina 2%	
() Encaminhado paciente com exames ao Centro Cirúrgico às: _____:_____	
() Não conformidades detectadas. Especifique: _____	

IMPRESSÃO DO ENTREVISTADOR:

Data: ____/____/____

Enfermeiro/COREN

ANEXO B - PLANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM À GESTANTE DE ALTO RISCO

SEGUNDA VERSÃO DA TECNOLOGIA DE SAE ÀS GESTANTES DE ALTO RISCO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-DOUTORADO

PLANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM À GESTANTE DE ALTO RISCO

Data atual: _____ Data da Internação: _____ HD: _____ Enfermaria/Leito: _____

Nome: _____ Idade gestacional: _____

Data de nascimento: _____ Prontuário: _____

Nº	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS				

1 ()	<input type="checkbox"/> $IMC > 30$ kg/m ² (obesidade) <input type="checkbox"/> $IMC > 25$ kg/m ²	<input type="checkbox"/> Obesidade/Sobrepeso: <input type="checkbox"/> Comportamentos alimentares inadequados <input type="checkbox"/> Desvantagem econômica <input type="checkbox"/> Diabetes melito <input type="checkbox"/> Hábito de beliscar alimentos com frequência.	Ensino: dieta prescrita <input type="checkbox"/> Orientar a dieta prescrita <input type="checkbox"/> Explicar a finalidade da dieta <input type="checkbox"/> Encaminhar paciente para nutricionista Assistência para reduzir peso <input type="checkbox"/> Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por hábitos favoráveis <input type="checkbox"/> Dissociar a comida com outras atividades <input type="checkbox"/> Pesas o paciente semanalmente	
2 ()	<input type="checkbox"/> Anasarca <input type="checkbox"/> Alteração na pressão arterial <input type="checkbox"/> Congestão pulmonar <input type="checkbox"/> Desequilíbrio eletrolítico <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Ganho de peso em curto período <input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Ortópnea	<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo: <input type="checkbox"/> Ingesta excessiva de líquidos <input type="checkbox"/> Ingesta excessiva de sódio <input type="checkbox"/> Mecanismos reguladores comprometidos	Controle hídrico: <input type="checkbox"/> Pesas diariamente e monitorar tendências <input type="checkbox"/> Manter registro preciso de ingestão e eliminação (balanço hídrico) <input type="checkbox"/> Inserir cateter urinário, SN <input type="checkbox"/> Monitorar estado de hidratação <input type="checkbox"/> Monitorar sinais vitais, estado hemodinâmico <input type="checkbox"/> Avaliar localização e extensão do edema Monitoração hídrica <input type="checkbox"/> Monitorar cor e quantidade da diurese <input type="checkbox"/> Monitorar dispositivo de acesso venoso	
3 ()	<input type="checkbox"/> Alteração no turgor da pele <input type="checkbox"/> Aumento da frequência cardíaca <input type="checkbox"/> Aumento na concentração urinária <input type="checkbox"/> Aumento da temperatura corporal <input type="checkbox"/> Diminuição do débito urinário <input type="checkbox"/> Diminuição da pressão de pulso <input type="checkbox"/> Diminuição do volume do pulso <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Mucosas secas <input type="checkbox"/> Pele seca <input type="checkbox"/> Sede	<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente: <input type="checkbox"/> Falha dos mecanismos reguladores <input type="checkbox"/> Perda ativa de volume de líquidos	Controle hídrico: <input type="checkbox"/> Pesas diariamente e monitorar tendências <input type="checkbox"/> Manter registro preciso de ingestão e eliminação (balanço hídrico) <input type="checkbox"/> Inserir cateter urinário, SN <input type="checkbox"/> Monitorar estado de hidratação <input type="checkbox"/> Monitorar sinais vitais, estado hemodinâmico Monitoração hídrica <input type="checkbox"/> Monitorar mucosas, turgor da pele e sede <input type="checkbox"/> Monitorar cor e quantidade da diurese <input type="checkbox"/> Monitorar dispositivo de acesso venoso <input type="checkbox"/> Administrar líquidos conforme apropriado	

4 ()	<input type="checkbox"/> Aversão a comida <input type="checkbox"/> Relato de gosto amargo na boca <input type="checkbox"/> Relato de náusea <input type="checkbox"/> Salivação aumentada <input type="checkbox"/> Sensação de vontade de vomitar	<input type="checkbox"/> Náusea : <input type="checkbox"/> Ansiedade () Dor () Fatores psicológicos () Gravidez () Medo	Controle da náusea <input type="checkbox"/> Promover repouso e sono adequados para o alívio da náusea <input type="checkbox"/> Encorajar o consumo de quantidade pequena de alimentos <input type="checkbox"/> Auxiliar na busca e oferta de apoio emocional Controle do vômito <input type="checkbox"/> Assegurar a administração de medicamentos antieméticos conforme prescrição	
5 ()	<input type="checkbox"/> Alteração na pressão sanguínea () Dificuldade de sono <input type="checkbox"/> Distúrbio no padrão de sono <input type="checkbox"/> Expressão facial de dor <input type="checkbox"/> Mudança na frequência respiratória <input type="checkbox"/> Posição para evitar dor () Relato verbal de dor	<input type="checkbox"/> Dor aguda: <input type="checkbox"/> Agentes lesivos: biológicos, psicológicos, físicos	Controle da dor <input type="checkbox"/> Avaliar a dor quanto (localização, características, duração, frequência, qualidade, intensidade e fatores precipitantes) <input type="checkbox"/> Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor (relaxamento, distração, terapias, massagens, etc) <input type="checkbox"/> Oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante analgesia prescrita <input type="checkbox"/> Incorporar a família no alívio da dor (acompanhante) <input type="checkbox"/> Notificar ao médico se as medidas não funcionarem	

6()	<input type="checkbox"/> Ansiedade () Choro <input type="checkbox"/> Incapacidade de relaxar <input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Relato de sentir-se desconfortável <input type="checkbox"/> Relato de fome <input type="checkbox"/> Relato de sintomas de angústia	<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado: <input type="checkbox"/> Efeitos secundários relacionados ao tratamento () Estímulos ambientais nocivos () Falta de controle da situação () Falta de controle do ambiente () Falta de privacidade () Recursos insuficientes <input type="checkbox"/> Sintomas relacionados à doença	<p>Redução a ansiedade</p> <input type="checkbox"/> Explicar todos os procedimentos <input type="checkbox"/> Oferecer informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico <input type="checkbox"/> Escutar o paciente com atenção <input type="checkbox"/> Utilizar abordagem calma e tranquilizadora <input type="checkbox"/> Proporcionar atividades voltadas a redução da tensão <input type="checkbox"/> Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme indicado <p>Apoio Emocional</p> <input type="checkbox"/> Encaminhar para aconselhamento psicológico, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Explorar com o paciente o que desencadeou o sentimento <input type="checkbox"/> Fazer declarações compreensivas ou empáticas <p>Controle do ambiente: conforto</p> <input type="checkbox"/> Criar um ambiente calmo e acolhedor <input type="checkbox"/> Proporcionar um ambiente limpo e seguro	
7()	<input type="checkbox"/> Abdome distendido <input type="checkbox"/> Dor a evacuação <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Esforço para evacuar <input type="checkbox"/> Fezes duras e formadas <input type="checkbox"/> Flatulência <input type="checkbox"/> Incapacidade para defecar <input type="checkbox"/> Mudança no padrão intestinal <input type="checkbox"/> Redução na frequência e volume de fezes	<input type="checkbox"/> Constipação: <input type="checkbox"/> Agentes Farmacológicos <input type="checkbox"/> Depressão () Estresse emocional () Gravidez <input type="checkbox"/> Hábitos alimentares inadequados () Hábitos de evacuações irregulares () Higiene íntima inadequada (falta de privacidade) () Ingestão insuficiente de fibras e ou líquidos <input type="checkbox"/> Motilidade do trato gastrintestinal diminuída <input type="checkbox"/> Mudança ambiental recente <input type="checkbox"/> Mudança nos padrões alimentares <input type="checkbox"/> Obesidade	<p>Controle de Constipação</p> <input type="checkbox"/> Monitorar os ruídos hidroaéreos <input type="checkbox"/> Encorajar o aumento da ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Orientar paciente sobre dieta com elevado teor de fibras <input type="checkbox"/> Avaliar os efeitos colaterais gastrointestinais dos medicamentos <p>Terapia com Exercício: deambulação</p> <input type="checkbox"/> Estimular a deambulação independente dentro dos limites seguros	

8()	<input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Noctúria () Retenção urinária () Urgência urinária	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada: <input type="checkbox"/> Dano sensorio-motor <input type="checkbox"/> Infecção do trato urinário <input type="checkbox"/> Obstrução anatômica () Múltiplas causas	Controle da eliminação urinária <input type="checkbox"/> Monitorar eliminação urinária <input type="checkbox"/> Registrar o horário da primeira micção após procedimento, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente sinais e sintomas de infecção do trato urinário <input type="checkbox"/> Orientar o paciente/família a registrar o débito urinário <input type="checkbox"/> Inserir sonda vesical SN	
9()	<input type="checkbox"/> Insatisfação com o sono <input type="checkbox"/> Mudança no padrão normal de sono <input type="checkbox"/> Relato de dificuldade para dormir <input type="checkbox"/> Relato verbal de não se sentir descansada	<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado: <input type="checkbox"/> Barreira ambiental (ruído, iluminação, local não familiar) <input type="checkbox"/> Imobilização física <input type="checkbox"/> Interrupções () Mobilário estranho para dormir () Padrão de sono não restaurador <input type="checkbox"/> Privacidade insuficiente/controlado sono	Melhora do sono <input type="checkbox"/> Determinar o padrão de sono vigília da paciente <input type="checkbox"/> Adaptar o ambiente para promover o sono (Luz, barulho, temperatura, colchão, leito) <input type="checkbox"/> Ajudar a eliminar situações estressantes antes de dormir <input type="checkbox"/> Orientar paciente a realizar relaxamento e outras técnicas não farmacológicas pra melhorar o sono <input type="checkbox"/> Ajustar esquema de administração de medicamentos para sustentar o ciclo de sono	
10()	<input type="checkbox"/> Apatia () Aumento das queixas físicas <input type="checkbox"/> Falta de energia <input type="checkbox"/> Letargia () Padrão de sono não restaurador <input type="checkbox"/> Relato de cansaço <input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Fadiga: <input type="checkbox"/> Anemia () Banilho <input type="checkbox"/> Condição física debilitada <input type="checkbox"/> Depressão () Esforço físico aumentado () Estados de doença <input type="checkbox"/> Gravidez () Luzes () Privação de sono () Temperatura	Controle de energia <input type="checkbox"/> Corrigir déficits na condição fisiológica (anemia por exemplo) <input type="checkbox"/> Limitar estímulos ambientais para facilitar o relaxamento <input type="checkbox"/> Oferecer atividades recreativas calmantes para promover relaxamento Melhora do sono <input type="checkbox"/> Adaptar o ambiente para promover o sono <input type="checkbox"/> Ajudar a eliminar situações estressantes antes de dormir	

11()	<input type="checkbox"/> Incapacidade de acessar o banheiro <input type="checkbox"/> Incapacidade de lavar o corpo <input type="checkbox"/> Incapacidade de secar o corpo	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho: <input type="checkbox"/> Barreira ambiental <input type="checkbox"/> Diminuição da motivação <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Prejuízo musculoesquelético <input type="checkbox"/> Prejuízo neuromuscular	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para higiene íntima: <input type="checkbox"/> Barreira ambiental <input type="checkbox"/> Capacidade de transferência prejudicada <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Mobilidade prejudicada <input type="checkbox"/> Prejuízo cognitivo <input type="checkbox"/> Prejuízo musculoesquelético <input type="checkbox"/> Prejuízo neuromuscular	<input type="checkbox"/> Assistência no autocuidado: banho/higiene <input type="checkbox"/> Determinar a quantidade e tipo de assistência necessária <input type="checkbox"/> Encorajar participação de familiares <input type="checkbox"/> Oferecer assistência até que o pac. fique totalmente capaz de assumir o autocuidado	
12()	<input type="checkbox"/> Incapacidade de fazer uma higiene íntima	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para higiene íntima: <input type="checkbox"/> Barreira ambiental <input type="checkbox"/> Capacidade de transferência prejudicada <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Mobilidade prejudicada <input type="checkbox"/> Prejuízo cognitivo <input type="checkbox"/> Prejuízo musculoesquelético <input type="checkbox"/> Prejuízo neuromuscular	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para higiene íntima: <input type="checkbox"/> Barreira ambiental <input type="checkbox"/> Capacidade de transferência prejudicada <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Mobilidade prejudicada <input type="checkbox"/> Prejuízo cognitivo <input type="checkbox"/> Prejuízo musculoesquelético <input type="checkbox"/> Prejuízo neuromuscular	<input type="checkbox"/> Assistência no autocuidado: banho/higiene <input type="checkbox"/> Determinar a quantidade e tipo de assistência necessária <input type="checkbox"/> Encorajar participação de familiares <input type="checkbox"/> Oferecer assistência até que o pac. fique totalmente capaz de assumir o autocuidado	
13()	<input type="checkbox"/> Relata desejo de aumentar a independência na manutenção do desenvolvimento pessoal <input type="checkbox"/> Relata desejo de aumentar a independência na saúde, na vida e no bem-estar <input type="checkbox"/> Relata desejo de aumentar o autocuidado <input type="checkbox"/> Relata desejo de aumentar o conhecimento de estratégias para o autocuidado	<input type="checkbox"/> Disposição para melhora do autocuidado	<input type="checkbox"/> Facilitação da autorresponsabilidade <input type="checkbox"/> Encorajar a independência, mas auxiliar o paciente quando este não conseguir <input type="checkbox"/> Estimular o pac. a assumir o máximo possível de responsabilidade pelo autocuidado <input type="checkbox"/> Facilitar o apoio familiar <input type="checkbox"/> Manter o paciente responsável pelo próprio comportamento	<input type="checkbox"/> Assistência no autocuidado: banho/higiene <input type="checkbox"/> Determinar a quantidade e tipo de assistência necessária <input type="checkbox"/> Encorajar participação de familiares <input type="checkbox"/> Oferecer assistência até que o pac. fique totalmente capaz de assumir o autocuidado	

14()	<p>() Amplitude limitada de movimentos</p> <p>() Dificuldade para virar-se</p> <p>() Dispneia aos esforços</p> <p>() Instabilidade postural</p> <p>() Movimentos lentos</p>	<p>() Mobilidade física prejudicada:</p> <p>() Ansiedade () Desconforto () Desnutrição () Dor () Força muscular diminuída () IMC acima dos 75% apropriados para a idade</p> <p>() Intolerância à atividade</p> <p>() Medicamentos () Relutância em iniciar o movimento</p> <p>() Resistência diminuída</p> <p>() Restrição prescrita de movimentos</p>	<p>Terapia com exercício: deambulação</p> <p>() Consultar fisioterapeuta sobre plano de deambulação</p> <p>() Ajudar o paciente na deambulação inicial conforme a necessidade</p> <p>() Encorajar deambulação dentro de limites seguros</p> <p>Controle da dor</p> <p>() Oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante a analgesia prescrita</p>	
15()	<p>AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO</p>	<p>() Risco de infecção:</p> <p>FATORES DE RISCO</p> <p>() Anemia () Aumento da exposição a patógenos</p> <p>() Conhecimento deficiente para evitar exposição a patógenos</p> <p>() Diabetes () Imunosupressão</p> <p>() Pele rompida () Procedimentos invasivos</p> <p>() Vacinação inadequada</p> <p>() Obesidade</p> <p>() Ruptura prematura de membrana amniótica () Ruptura prolongada de membrana amnióticas () Tabagismo</p>	<p>Controle de infecção</p> <p>() Administrar agente imunizador, conforme apropriado</p> <p>() Trocar acessos venosos periféricos e centrais, bem como curativos conforme protocolo da instituição</p> <p>() Lavar as mãos antes e após procedimentos</p> <p>() Orientar paciente e familiares sobre a lavagem de mãos</p> <p>Proteção contra infecção</p> <p>() Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção</p> <p>() Ensinar o paciente e família sobre os sinais e sintomas de infecção e sobre o momento de informá-los ao profissional de saúde</p> <p>() Orientar ao paciente e à família maneiras de evitar infecções</p> <p>Ensino: sexo seguro</p> <p>() Reforçar o uso de preservativo</p> <p>Controle de imunização</p> <p>() Orientar sobre vacinas, aprazar vacinas se necessário</p> <p>() Seguir as orientações do protocolo da instituição no que se refere administração de imunização</p>	

<p>16()</p>	<p>() Tecido destruído () Tecido lesado</p>	<p>() Integridade tissular prejudicada: () Agente farmacológico () Alteração na sensibilidade () Circulação prejudicada () Estado nutricional desequilibrado () Fator mecânico () Mobilidade prejudicada () Volume de líquido insuficiente () Volume excessivo de líquidos</p>	<p>Prevenção de úlceras de pressão () Documentar o estado da pele na admissão e diariamente () Utilizar protocolo de prevenção de úlceras da instituição (escala de Braden) () Mudança de decúbito a cada 2 horas, SN () Monitorar surgimento de áreas avermelhadas () Aplicar barreiras de proteção como cremes () Manter roupas de camas limpas e secas () Monitorar a mobilidade e atividades individuais () Orientar familiar sobre sinais de degradação da pele</p>	
<p>17()</p>	<p>() Destruição de camadas da pele () Invasão de estruturas do corpo () Rompimento da superfície da pele</p>	<p>() Integridade da pele prejudicada: FATORES EXTERNOS: () Fatores mecânicos () Imobilização física () Medicamentos () Unidade FATORES INTERNOS: () Alteração no metabolismo () Alteração na sensibilidade () Circulação prejudicada () Estado nutricional desequilibrado () Mudança na pigmentação () Mudança no estado lírdico () Mudança no turgor</p>	<p>Prevenção de úlceras de pressão () Documentar o estado da pele na admissão e diariamente () Utilizar protocolo de prevenção de úlceras da instituição (escala de Braden) () Mudança de decúbito a cada 2 horas, SN () Monitorar surgimento de áreas avermelhadas () Aplicar barreiras de proteção como cremes () Mudança de decúbito () Manter roupas de camas limpas e secas () Monitorar a mobilidade e atividades individuais () Orientar familiar sobre sinais de degradação da pele Cuidados com o repouso no leito () Monitorar condição da pele () Ajudar nas medidas de higiene</p>	

18()	<p>() Falta de conhecimentos com relação a práticas básicas de saúde</p> <p>() Falta de interesse em melhorar comportamentos de saúde</p> <p>() História de ausência de comportamento de busca de saúde</p> <p>() Incapacidade de assumir a responsabilidade de atender a práticas básicas de saúde</p>	<p>() Manutenção ineficaz da saúde:</p> <p>() Enfrentamento familiar ineficaz ()</p> <p>Enfrentamento individual ineficaz ()</p> <p>Habilidades de comunicação deficientes</p> <p>() Habilidades motoras diminuídas ()</p> <p>() Falta de recursos (EX. dinheiro, tempo, vontade)</p> <p>() Prejuízo cognitivo ()</p> <p>() Tomada de decisão prejudicada</p>	<p>Apoio à tomada de decisão</p> <p>() Estabelecer comunicação com o paciente</p> <p>() Facilitar a tomada de decisão conjunta</p> <p>() Proporcionar ao paciente as informações necessárias</p> <p>Educação em Saúde</p> <p>() Determinar o conhecimento de saúde</p> <p>() Ensinar estratégias para evitar comportamentos não saudáveis</p> <p>() Envolver indivíduos, famílias e grupos no planejamento e implementação de planos para modificar comportamento e estilo de vida</p>	
NECESSIDADES PSICOSOCIAIS				
19()	<p>() Seguimento inadequado de instruções</p> <p>() Verbalização da falta de conhecimento</p> <p>() Comportamentos impróprios</p>	<p>() Conhecimento deficiente sobre amamentação, sobre alimentação, sobre processo saúde-doença:</p> <p>() Falta de capacidade de recordar ()</p> <p>Falta de exposição ()</p> <p>Falta de familiaridade com os recursos de informação ()</p> <p>Falta de interesse em aprender ()</p> <p>Interpretação errônea de informações</p> <p>() Limitação cognitiva</p>	<p>Aconselhamento para lactação</p> <p>() Determinar a base de conhecimentos sobre AM</p> <p>() Determinar o desejo e a motivação da mãe para amamentar</p> <p>() Avaliar o padrão de sucção/deglutição do recém-nascido</p> <p>() Monitorar a integridade da pele dos mamilos</p> <p>() Avaliar a adequação do esvaziamento do seio após mamada</p> <p>() Informar sobre vantagens do AM</p> <p>() Dar aos pais materiais educativos recomendados</p> <p>() Encaminhar pais para grupos de apoio ao AM</p> <p>Ensino: dieta prescrita</p> <p>() Explicar a finalidade da dieta</p> <p>() Encaminhar pac. para nutricionista</p> <p>Ensino: processo da doença</p> <p>() Reconhecer/revisar o que o paciente sabe da condição</p> <p>() Tranquilizar o paciente acerca da sua condição, conforme apropriado</p> <p>() Discutir as ações de terapia/tratamento</p> <p>() Descrever o processo da doença</p>	

20()	<input type="checkbox"/> Angústia <input type="checkbox"/> Apreensão <input type="checkbox"/> Incerteza <input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Insônia () Medo <input type="checkbox"/> Nervosismo <input type="checkbox"/> Preocupações devido à mudança () Rubor facial	<input type="checkbox"/> Ansiiedade: <input type="checkbox"/> Abuso de substâncias <input type="checkbox"/> Ameaça ao estado de saúde <input type="checkbox"/> Crises situacionais () Estresse <input type="checkbox"/> Mudança no ambiente <input type="checkbox"/> Mudança no estado de saúde <input type="checkbox"/> Mudança na status do papel <input type="checkbox"/> Necessidades não satisfeitas	Redução a ansiedade <input type="checkbox"/> Explicar todos os procedimentos <input type="checkbox"/> Oferecer informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico <input type="checkbox"/> Escutar o paciente com atenção <input type="checkbox"/> Utilizar abordagem calma e tranquilizadora <input type="checkbox"/> Proporcionar atividades voltadas a redução da tensão <input type="checkbox"/> Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme indicado Apoio Emocional <input type="checkbox"/> Encaminhar para aconselhamento psicológico, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Explorar com o paciente o que desencadeou o sentimento <input type="checkbox"/> Fazer declarações compreensivas ou empáticas Técnica para acalmar <input type="checkbox"/> Manter contato visual com o paciente <input type="checkbox"/> Encorajar respiração profunda lenta e intencional <input type="checkbox"/> Orientar o paciente sobre métodos para reduzir ansiedade, conforme apropriado	
21()	<input type="checkbox"/> Boca seca <input type="checkbox"/> Contração muscular <input type="checkbox"/> Fadiga () Frequência respiratória aumentada <input type="checkbox"/> Identifica objeto do medo () Pressão sanguínea aumentada <input type="checkbox"/> Relato de apreensão, de estar assustado <input type="checkbox"/> Relato de nervosismo () Transpiração aumentada	<input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante (hospitalização, procedimentos) <input type="checkbox"/> Falta de familiaridade com experiência ambiental () Origem inata (dor, perda de apoio físico)	Aumento da segurança <input type="checkbox"/> Escutar os medos do paciente/família <input type="checkbox"/> Demonstrar calma <input type="checkbox"/> Ajudar o pac./família a identificar os fatores que aumentam a sensação de proteção <input type="checkbox"/> Explicar todos os exames e procedimentos ao paciente/família Melhora do enfrentamento <input type="checkbox"/> Encorajar envolvimento da família <input type="checkbox"/> Ajudar a paciente a fazer uma avaliação objetiva do evento <input type="checkbox"/> Encorajar a paciente a identificar os próprios pontos fortes e capacidades () Auxiliar a pac. a esclarecer ideias errôneas Apoio Emocional <input type="checkbox"/> Encaminhar para aconselhamento psicológico,	

			conforme apropriado	
--	--	--	---------------------	--

Legenda: (P) Presente (A) Ausente (M) Mantido

Espaço para acréscimo de Diagnósticos de enfermagem e intervenções a critério do enfermeiro:

Enfermeiro prescriptor-Assinatura e carimbo

APÊNDICE A - CARTA CONVITE AOS JUÍZES ESPECIALISTAS

Caro (a) (nome do especialista)

Fortaleza, _____ de _____ de 2020.

Meu nome é Fabíola Nunes de Sá, sou aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança (MPSMC) da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob orientação da Professora Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno.

O(A) senhor(a) está sendo convidado a participar da minha pesquisa de dissertação intitulada **“Tecnologia para assistência de Enfermagem às pacientes internadas em unidade de terapia intensiva materna: estudo de validação”**, que tem como objetivo desenvolver tecnologia para assistência de Enfermagem às pacientes internadas em Unidade de Terapia Intensiva Materna (UTI).

Essa tecnologia permitirá a execução de um Processo de Enfermagem (PE) direcionado para pacientes obstétricas internadas na UTI materna, confiável, seguro e prático que otimize a assistência da equipe de Enfermagem e ainda contribua para o fortalecimento do exercício da profissão, baseado em um raciocínio crítico e em evidências científicas, para a execução de intervenções de Enfermagem efetivas e individualizadas de acordo com a necessidade das pacientes.

Sua contribuição se dará com base na avaliação da aparência e conteúdo do instrumento assistencial de Enfermagem, com base em sete perguntas relacionadas à aparência e seis ao conteúdo, utilizando o critério de valoração de um (01) a cinco (05) da escala *Likert*, que vai desde “concordo totalmente” a “discordo totalmente”.

Assim, encaminho a versão inicial do instrumento de PE em formato PDF e o questionário de avaliação de aparência e conteúdo, através do link de um formulário *on line* do *google forms*.

Caso haja conhecimento, solicito ainda a indicação de especialistas na área, no intuito de auxiliar no referido processo de validação.

Certa de contar com sua valorosa contribuição, antecipo sinceros agradecimentos.

Fabíola Nunes de Sá

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCE)
JUÍZES ESPECIALISTAS**

Eu, Fabíola Nunes de Sá, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança (MPSMC) da Universidade Federal do Ceará (UFC) estou desenvolvendo pesquisa intitulada **“Tecnologia para assistência de Enfermagem às pacientes internadas em unidade de terapia intensiva materna: estudo de validação”**, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com parecer favorável, de nº 4.145.669.

Trata-se de dissertação de mestrado, sob orientação da Professora Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno, que objetiva desenvolver tecnologia para assistência de Enfermagem às pacientes internadas em Unidade de Terapia Intensiva Materna (UTI).

Venho por meio deste, convidá-lo (a) a participar como juiz na etapa de validação da tecnologia. A escolha da temática foi baseada na necessidade de criação e implantação de um processo de Enfermagem (PE) direcionado à paciente obstétrica internada em uma UTI materna, visando a otimização da assistência de Enfermagem através de um cuidado sistematizado; a gestão integrada do cuidado; a segurança do paciente; o cuidado individualizado e a humanização do atendimento e, também, a partir das inquietações da pesquisadora quando atuou como líder da equipe de Enfermagem da UTI em estudo em relação à forma como é executado o Processo de Enfermagem no serviço.

Ao aceitar participar da pesquisa, o(a) senhor(a) contribuirá como avaliador(a) do processo de validação de aparência e conteúdo por meio de preenchimento do questionário específico acerca da tecnologia. Você será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer momento e aspecto que desejar. A participação é voluntária e você poderá recusar-se a qualquer momento sem nenhum prejuízos para sua relação com os pesquisadores ou com a Instituição.

Os pesquisadores irão tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo, com confidencialidade sobre os resultados dos questionários e sem divulgação do seu nome em nenhuma etapa ou publicação que possa resultar deste estudo.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa estão relacionados à exaustão física e mental decorrente do processo de análise do conteúdo dos enunciados, os quais serão minimizados a partir da utilização de uma ferramenta tecnológica dinâmica, com design sem ilustração e letras em tamanho adequado para a leitura. Quanto aos benefícios, se aceitar participar, estará contribuindo para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem

direcionado a pacientes obstétricas em cuidados intensivos. A participação no estudo não acarretará custos para você e todos os recursos utilizados serão gratuitos.

Caso aceite participar do estudo, (a) Sr. (a) deverá marcar a opção de resposta obrigatória “ACEITO”, se assim desejar.

No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com o pesquisador Fabíola Nunes de Sá pelo telefone (85) 99913-1586 ou e-mail: biolansa@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) pelo telefone (85) 3366- 8569 ou através do e-mail cepmeac@gmail.com.

Certos de contar com sua colaboração, desde já agradecemos.

Atenciosamente.

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA E CONTEÚDO DA TECNOLOGIA

Data: _____/_____/_____

Parte 1 – Identificação

Endereço de e-mail	
Nome completo	
Sexo biológico ()Feminino () Masculino	
Idade em anos completos	
Estado em que reside (sigla. Exemplo: SP)	
Tempo de formação (em anos completos)	
Área de atuação profissional: () Assistência; () Docência () Gestão () Gerência () Outra	Instituição de atuação (atual ou última)
Tempo de atuação na área (em anos completos)	
Titulação máxima () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado	
Desenvolveu ou está desenvolvendo como autor (a) ou orientador (a) estudo na temática de Processo de enfermagem? () artigo () monografia () trabalho apresentado em evento científico () dissertação () teses () trabalho de conclusão de residência () outro	
Desenvolveu ou está desenvolvendo como autor (a) ou orientador (a) estudo na área de saúde da mulher? () artigo () monografia () trabalho apresentado em evento científico () dissertação () teses () trabalho de conclusão de residência () outro	
Atuou ou está atuando no cuidado de enfermagem a mulher em cuidados intensivos durante sua carreira profissional (assistência, docência ou como supervisor do serviço ou de estágios curriculares)? () sim () não	

Questionário 1 – Validação de Aparência do instrumento de coleta de dados

Itens a serem avaliados	Escala de <i>Likert</i>					Justificativas caso marque 4 ou 5
	1	2	3	4	5	
1. O instrumento é relevante?						
2. As informações estão apresentadas de forma clara e objetiva?						
3. As informações estão cientificamente corretas?						
4. A letra e o seu tamanho estão adequados?						
5. Os espaçamentos entre letras estão adequados?						
6. O instrumento apresenta uma sequência lógica?						
7. O instrumento é de fácil leitura e compreensão?						

Escala de *Likert*: 1) Concordo Totalmente; 2) Concordo Parcialmente; 3) Indiferente; 4) Discordo Parcialmente; 5) Discordo Totalmente

Parte 2 – Instruções

Por favor, leia detalhadamente o instrumento e em seguida realize a sua análise, marcando a opção da escala Likert de acordo com avaliação de cada afirmação, conforme os critérios de valoração abaixo descritos.

Valoração:

1) Concordo Totalmente; 2) Concordo Parcialmente; 3) Indiferente; 4) Discordo Parcialmente; 5) Discordo Totalmente

OBS: PARA OS ITENS JULGADOS COMO 4) DISCORDO PARCIALMENTE E 5) DISCORDO TOTALMENTE SOLICITA-SE QUE JUSTIFIQUE COM SUGESTÕES DE MELHORIA DO ITEM.

Questionário 2 – Validação de Aparência da Tecnologia Assistencial de Enfermagem

Itens a serem avaliados	Escala de <i>Likert</i>					Justificativas caso marque 4 ou 5
	1	2	3	4	5	
1. A tecnologia é relevante?						
2. As informações estão apresentadas de forma clara e objetiva?						
3. As informações estão cientificamente corretas?						
4. A letra e o seu tamanho estão adequados?						
5. Os espaçamentos entre letras estão adequados?						
6. A tecnologia apresenta uma sequência lógica?						
7. A tecnologia é de fácil leitura e compreensão?						

Escala de *Likert*: 1) Concordo Totalmente; 2) Concordo Parcialmente; 3) Indiferente; 4) Discordo Parcialmente; 5) Discordo Totalmente

Parte 2 – Instruções

Por favor, leia detalhadamente a tecnologia e em seguida realize a sua análise, marcando a opção da escala Likert de acordo com avaliação de cada afirmação, conforme os critérios de valoração abaixo descritos.

Valoração:

1) Concordo Totalmente; 2) Concordo Parcialmente; 3) Indiferente; 4) Discordo Parcialmente; 5) Discordo Totalmente

OBS: PARA OS ITENS JULGADOS COMO 4) DISCORDO PARCIALMENTE E 5) DISCORDO TOTALMENTE SOLICITA-SE QUE JUSTIFIQUE COM SUGESTÕES DE MELHORIA DO ITEM.

Questionário 3 – Validação de Conteúdo do instrumento de coleta de dados

Itens a serem avaliados	Escala de <i>Likert</i>					Justificativas caso marque 4 ou 5
	1	2	3	4	5	
<p>I. IDENTIFICAÇÃO</p> <p>A primeira seção do instrumento de coleta de dados corresponde aos dados de identificação da paciente.</p>						
<p>II. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</p> <p>A segunda seção é referente as três necessidades psíquicas de Wanda Horta</p>						
1. Necessidades Psicobiológicas						
2. Necessidades Psicossociais						
3. Necessidades Psicoespirituais						
<p>III. EXAME FÍSICO</p> <p>A terceira seção é referente ao exame físico da população alvo.</p>						
<p>IV. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</p> <p>A quarta seção é referente a avaliação geral das necessidades humanas básicas da população alvo.</p>						

V. AVALIAÇÃO GERAL DO INSTRUMENTO						
Após a avaliação de cada seção do instrumento de coleta de dados de Enfermagem, proceder a avaliação geral.						
1. O instrumento atende à primeira etapa do Processo de Enfermagem (PE)?						
2. O instrumento é relevante para a prática clínica do Enfermeiro?						
3. O instrumento contempla as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais?						

Escala de *Likert*: 1) Concordo Totalmente; 2) Concordo Parcialmente; 3) Indiferente; 4) Discordo Parcialmente; 5) Discordo Totalmente

Questionário 4 – Validação de Conteúdo da Tecnologia Assistencial de Enfermagem

Itens a serem avaliados	Escala de <i>Likert</i>					Justificativas caso marque 4 ou 5
	1	2	3	4	5	
<p>I. CABEÇALHO DO INSTRUMENTO</p> <p>Esta seção inicial refere-se aos dados de apresentação do instrumento assistencial.</p>						
<p>II. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM</p> <p>Seção referente aos fenômenos de Enfermagem que compõem o plano de cuidados (diagnósticos de Enfermagem, seus fatores relacionados/de risco e características definidoras; intervenções e ações de Enfermagem) e os aprazamentos, organizados nos níveis de necessidade de Wanda Horta.</p>						
1. O diagnóstico de Enfermagem representa necessidade psicobiológica / psicossocial / psicoespiritual?						
2. As características definidoras representam o diagnóstico de Enfermagem?						
3. Os fatores relacionados ou de risco estão de acordo com o diagnóstico de Enfermagem?						
4. As intervenções de Enfermagem são pertinentes para o diagnóstico de						

Enfermagem?						
5. As ações de Enfermagem são pertinentes para cada intervenção de Enfermagem?						
V. AVALIAÇÃO GERAL DO INSTRUMENTO						
Após a avaliação de cada seção do instrumento de coleta de dados de Enfermagem, proceder a avaliação geral.						
1. O instrumento atende às etapas do Processo de Enfermagem (PE)?						
2. O instrumento é relevante para a prática clínica do Enfermeiro?						
3. O instrumento contempla as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais?						

Escala de *Likert*: 1) Concordo Totalmente; 2) Concordo Parcialmente; 3) Indiferente; 4) Discordo Parcialmente; 5) Discordo Totalmente

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS / HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (1ª VERSÃO)



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS MATERNA - UCIM



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

IV. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Prontuário: _____ Data ___/___/___
 Hora: ____:____ Leito: _____ Data de nascimento: ___/___/___ Idade: ____ Estado
 Civil : _____ Procedência : _____
 Ocupação: _____ Renda Familiar: _____
 Nível de escolaridade: _____ Informante: _____
 Queixa principal: _____
 HD: _____

V. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

- **Necessidades Psicobiológicas**

14. Respiração: () Eupneica () Bradipneica () Taquipneica () Dispneica.

15. Oxigenação: () Ar ambiente () O₂ especificar: _____ SatO₂: _____.

16. Nutrição e Hidratação

Dieta: () Oral () SNE/SNG () NPT () Zero

Intolerância/alergia: _____

Ingesta hídrica: _____

Observações: _____

17. Eliminações

Eliminações urinárias: () Espontânea () SVD () SVA.

() Anúria () Oligúria () Poliúria

() Disúria () Hematúria

Eliminações intestinais: () Presente () Ausente há ____ dias

Alterações: _____

Eliminações vaginais:

Leucorreia: () Sim () Não. Aspecto: _____

Loquiação: () Ausente () Fisiológica () Moderada () Aumentada

() Não se aplica

Sangramento transvaginal: () Discreto () Moderado () Intenso

() Com coágulo () Não se aplica

18. Sono e repouso

() Padrão regular () Necessidade de medicamentos

() Sedação () Analgesia

19. Exercícios Físicos e Mecânica Corporal

() Deambula () Deambula com apoio () Senta no leito () Senta fora do leito ()
Restrito

() Pratica exercícios físicos () Sedentária

Classificação do risco de queda: _____

20. Sexualidade e Reprodução

Gravidez planejada: () Sim () Não

Gestação () Parto () Aborto ()

Uso de método contraceptivo: () Não () Pílula () Injetável () Preservativo ()

DIU () Implante () Outro _____

21. Ambiente (condições de moradia e saneamento, fontes de risco ambiental, exposição a patógenos) _____

22. Cuidado corporal (higiene)

Adequados: () Sim () Não

Observações: _____

23. Integridade cutaneomucosa (prevenção e controle de lesões e infecção)

() Pele íntegra

() Lesão

Localização: _____

Tipo: _____

Classificação do risco de Lesão por Pressão (LPP) – Braden = _____

() Sem risco () Baixo () Moderado () Alto

Dispositivos invasivos

() AVP () AVC () Cateter de diálise () CVD () TOT () TQT

24. Regulação térmica, eletrolítica, vascular, hormonal (episódio febril, desequilíbrio hídrico, vascular e glicêmico)

() Hidratada () Desidratada

() Afebril () Febril () Febre

25. Percepção tátil ou dolorosa (nível de intensidade da dor – 0 a 10): _____

Localização: _____

26. Terapêutica

Comorbidades: _____

Nível de conhecimento sobre o regime terapêutico:

() baixo () alto () intermediário

Observações: _____

• **Necessidades Psicossociais**

5. Segurança emocional, autoestima e autoimagem (comportamento indicador de ansiedade, fatores estressores, capacidade de lidar com situações que comprometerão a autoimagem, rede de apoio)

() Sinais de ansiedade

() Sinais de medo

() Relato de fatores estressores

Rede de apoio: _____

6. Comunicação e socialização (expressões de comunicação, interação em grupo, papéis e relacionamentos) _____

7. Educação à saúde (autocuidado, tabagismo, consumo de drogas lícitas e ilícitas, medicamentos, alergias, imunizações, exames preventivos) _____

8. Recreação e lazer (hábitos e preferências para o bem-estar) _____

• **Necessidades Psico-espirituais**

4. Religião (hábitos, participação)

VI. EXAME FÍSICO

PA: ____x____ Membro: _____ T: _____ Pulso: _____ FC: _____ FR: _____

SaO₂: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ HGT: _____

Avaliação neurológica: () Sem alterações ()

Alterada _____

Cabeça e Pescoço: () Sem alterações () Alterados _____

Tronco Anterior

Tórax: () Sem alterações () Alterados _____

Respiratório: () Sem alterações () Alterados _____

Cardiocirculatório: () Sem alterações () Alterados _____

Mamas e axilas: () Sem alterações () Alterados _____

Abdômen: () Sem alterações () Alterados _____

Genitourinário: () Sem alterações () Alterados _____

Tronco Posterior

Dorso: () Sem alterações () Alterados _____

Glúteos e Reto: () Sem alterações () Alterados _____

Membros Superiores e Inferiores: () Sem alterações () Alterados _____

Outros dados relevantes e observações do Enfermeiro (a): _____

VII. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Necessidades afetadas: _____

Grau de dependência da Enfermagem: () Total () Parcial () Independente

Enfermeiro(a)/COREN-CE

APÊNDICE E – TECNOLOGIA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM (1ª VERSÃO)



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS MATERNA - UCIM



**PLANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-
PUERPERAL EM CUIDADOS INTENSIVOS**

Data atual: _____ Data da Internação: _____ HD: _____

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Prontuário: _____ Leito: _____

Nº	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS				
OXIGENAÇÃO				
1 ()	<input type="checkbox"/> Batimento de asa do nariz <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Ortopneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Padrão respiratório anormal	() Padrão respiratório ineficaz: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Prejuízo musculoesquelético <input type="checkbox"/> Prejuízo neurológico <input type="checkbox"/> Prejuízo neuromuscular	Assistência ventilatória <input type="checkbox"/> Manter via aérea pérvia <input type="checkbox"/> Posicionar para facilitar a ventilação/perfusão, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Monitorar o estado respiratório e de oxigenação Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Monitorar o fluxo de oxigênio Aspiração de vias aéreas <input type="checkbox"/> Verificar necessidade de aspiração oral e/ou traqueal <input type="checkbox"/> Auscultar os sons respiratórios antes e depois da aspiração <input type="checkbox"/> Monitorar e atentar à coloração, quantidade e consistência da secreção	

Nº	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
			<p>Controle da ventilação mecânica</p> <ul style="list-style-type: none"> () Monitorar para a detecção de condições que indiquem a necessidade de suporte ventilatório () Monitorar rotineiramente ajustes do ventilador <p>Controle da dor</p> <ul style="list-style-type: none"> () Assegurar cuidados analgésicos para o paciente () Controlar fatores ambientais que possam influenciar a resposta do paciente ao desconforto () Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, quando apropriado <p>Posicionamento</p> <ul style="list-style-type: none"> () Monitorar o estado da oxigenação antes e após mudanças de posições () Elevar a cabeceira do leito, conforme apropriado 	
2 ()	<ul style="list-style-type: none"> () Batimento de asa de nariz () Diminuição do nível do CO₂ () Dispneia () Gasometria arterial anormal () Hipercapnia () Hipoxemia () Padrão respiratório anormal 	<ul style="list-style-type: none"> () Troca de gases prejudicada: () Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão 	<p>Monitoração respiratória</p> <ul style="list-style-type: none"> () Auscultar os sons respiratórios, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente e presença de sons adventícios () Monitorar os níveis de saturação de oxigênio continuamente () Monitorar padrões respiratórios <p>Controle de vias aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> () Identificar a paciente que necessite de inserção real/ potencial de via aérea artificial () Remover secreções estimulando a tosse ou aspirando () Monitorar o estado respiratório e a oxigenação, conforme apropriado <p>Oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> () Monitorar o fluxo de oxigênio () Manter a permeabilidade das vias aéreas <p>Controle da ventilação mecânica</p> <ul style="list-style-type: none"> () Monitorar para a detecção de condições que indiquem a necessidade de suporte ventilatório () Monitorar rotineiramente ajustes do ventilador () Monitorar a eficácia da ventilação mecânica sobre o estado fisiológico e psicológico do paciente () Posicionar para facilitar a combinação ventilação/perfusão, conforme apropriado 	

Nº	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
3 ()	<input type="checkbox"/> Aumento da FC <input type="checkbox"/> Aumento da PCO ₂ <input type="checkbox"/> Diminuição da PO ₂ <input type="checkbox"/> Diminuição na SatO ₂ <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Uso aumentado da musculatura acessória	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada: <input type="checkbox"/> Fadiga da musculatura respiratória	Monitoração respiratória <input type="checkbox"/> Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações <input type="checkbox"/> Monitorar os níveis de saturação de oxigênio continuamente Controle de vias aéreas <input type="checkbox"/> Encorajar respiração lenta e profunda; mudança de posição e tosse Assistência ventilatória <input type="checkbox"/> Manter via aérea pérvia <input type="checkbox"/> Posicionar para facilitar a ventilação/perfusão, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Monitorar o estado respiratório e de oxigenação <input type="checkbox"/> Auscultar os sons respiratórios, observando áreas de ventilação reduzida ou ausente, e a presença de sons adventícios Controle da ventilação mecânica <input type="checkbox"/> Monitorar para a detecção de condições que indiquem a necessidade de suporte ventilatório	
4 ()	<input type="checkbox"/> Desconforto respiratório <input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Aumento da FC <input type="checkbox"/> Aumento da PA <input type="checkbox"/> Aumento da FR <input type="checkbox"/> Deterioração na gasometria arterial em relação aos valores basais <input type="checkbox"/> Respiração abdominal paradoxal <input type="checkbox"/> Respiração agônica (tipo <i>gasping</i>) <input type="checkbox"/> Respiração sem sincronia com o ventilador <input type="checkbox"/> Uso de musculatura acessória respiratória importante	<input type="checkbox"/> Resposta disfuncional ao desmame ventilatório <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das vias aéreas	Monitoração respiratória <input type="checkbox"/> Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações <input type="checkbox"/> Monitorar os níveis de saturação de oxigênio continuamente Controle de vias aéreas <input type="checkbox"/> Posicionar a paciente modo a maximizar o potencial ventilatório <input type="checkbox"/> Realizar a aspiração endotraqueal ou nasotraqueal, conforme apropriado Controle da ventilação mecânica <input type="checkbox"/> Promover avaliações de rotina para os critérios de desmame <input type="checkbox"/> Monitorar efeitos das mudanças do respirador na oxigenação Desmame da ventilação mecânica <input type="checkbox"/> Monitorar os sinais de fadiga muscular respiratória <input type="checkbox"/> Usar técnicas de relaxamento, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Ficar com o paciente e dar apoio durante as tentativas iniciais de desmame Assistência ventilatória <input type="checkbox"/> Encorajar a respiração lenta e profunda; mudança de posição e tosse <input type="checkbox"/> Orientar técnicas de respiração, conforme apropriado	

NUTRIÇÃO

Nº	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
5 ()	<input type="checkbox"/> Engasgos antes de deglutir <input type="checkbox"/> Ânsia de vômito <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dificuldade para deglutir <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Relata “algo entalado”	<input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada: <input type="checkbox"/> Problema de comportamento alimentar	Controle da nutrição <input type="checkbox"/> Determinar o padrão nutricional da paciente e a capacidade de atender às necessidades nutricionais Precauções contra aspiração <input type="checkbox"/> Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse, reflexo de vômito e capacidade de deglutição <input type="checkbox"/> Posicionar cabeceira igual ou maior que 30° até 90° ou o mais alto possível <input type="checkbox"/> Manter o equipamento de aspiração disponível <input type="checkbox"/> Supervisionar ou auxiliar a alimentação, conforme necessário <input type="checkbox"/> Fragmentar os esmagar os comprimidos antes da administração	
6 ()	<input type="checkbox"/> Alteração no paladar <input type="checkbox"/> Cavidade oral ferida <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Incapacidade percebida de ingestão de alimentos <input type="checkbox"/> Ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada <input type="checkbox"/> Interesse insuficiente pelos alimentos	<input type="checkbox"/> Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais: <input type="checkbox"/> Ingestão alimentar insuficiente	Controle da nutrição <input type="checkbox"/> Determinar o padrão nutricional da paciente e a capacidade de atender às necessidades nutricionais <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos antes de comer, se necessário Monitoração nutricional <input type="checkbox"/> Monitorar náuseas e vômitos <input type="checkbox"/> Identificar anormalidades no funcionamento do intestino <input type="checkbox"/> Identificar anormalidades na cavidade oral <input type="checkbox"/> Monitorar o estado mental Terapia nutricional <input type="checkbox"/> Determinar a necessidade de alimentação por sonda enteral <input type="checkbox"/> Administrar alimentação enteral, conforme apropriado	
7 ()	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	<input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Controle ineficaz de medicamentos <input type="checkbox"/> Controle insuficiente do diabetes <input type="checkbox"/> Estresse excessivo <input type="checkbox"/> Gravidez	Controle da hipoglicemia <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia <input type="checkbox"/> Monitorar os níveis de glicose no sangue, conforme indicado <input type="checkbox"/> Administrar glicose endovenosa, conforme indicado Controle da hiperglicemia <input type="checkbox"/> Administrar insulina conforme prescrito <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia	
ELIMINAÇÃO				

Nº	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
8 ()	<input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Retenção urinária <input type="checkbox"/> Urgência urinária <input type="checkbox"/> Urinar com frequência	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada: <input type="checkbox"/> Dano sensorio-motor <input type="checkbox"/> Infecção do trato urinário <input type="checkbox"/> Obstrução anatômica	Controle hídrico <input type="checkbox"/> Manter um registro preciso de ingestão e eliminação <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico <input type="checkbox"/> Inserir cateter urinário, se apropriado <input type="checkbox"/> Monitorar o estado de hidratação <input type="checkbox"/> Monitorar resultados laboratoriais Controle da eliminação urinária <input type="checkbox"/> Monitorar eliminação urinária <input type="checkbox"/> Monitorar quanto a sinais e sintomas de retenção urinária Sondagem vesical <input type="checkbox"/> Colocar a bolsa de drenagem abaixo do nível da bexiga <input type="checkbox"/> Manter um sistema de drenagem urinária fechado e sem obstruções	
9 ()	<input type="checkbox"/> Abdome distendido <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Esforço para evacuar <input type="checkbox"/> Incapacidade de defecar <input type="checkbox"/> Mudança no padrão intestinal	<input type="checkbox"/> Constipação: <input type="checkbox"/> Alteração nos hábitos alimentares <input type="checkbox"/> Ingestão de líquidos insuficiente <input type="checkbox"/> Mudança ambiental recente	Controle de Constipação <input type="checkbox"/> Monitorar quanto aos sinais e sintomas de constipação <input type="checkbox"/> Monitorar os ruídos hidroaéreos <input type="checkbox"/> Encorajar o aumento da ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Administrar enema ou irrigação, conforme apropriado Controle intestinal <input type="checkbox"/> Observar e registrar data da última evacuação	
10 ()	<input type="checkbox"/> Cólicas <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Evacuações de fezes líquidas, > 3 em 24 horas <input type="checkbox"/> Urgência intestinal	<input type="checkbox"/> Diarreia: <input type="checkbox"/> Alimentação enteral <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Regime de tratamento	Controle da diarreia <input type="checkbox"/> Identificar fatores capazes de causar ou contribuir para a diarreia <input type="checkbox"/> Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia Controle hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar o estado de hidratação <input type="checkbox"/> Contar ou pesar fraldas, conforme apropriado Monitoração hídrica <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar as membranas mucosas, turgidez da pele e sede	

Nº	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
SONO E REPOUSO				
11 ()	<input type="checkbox"/> Despertar não intencional <input type="checkbox"/> Dificuldade para iniciar o sono <input type="checkbox"/> Dificuldade para manter o sono <input type="checkbox"/> Não se sentir descansado	<input type="checkbox"/> Distúrbio no padrão de sono: <input type="checkbox"/> Barreira ambiental <input type="checkbox"/> Padrão de sono não restaurador <input type="checkbox"/> Privacidade insuficiente <input type="checkbox"/> Imobilização	Melhora do sono <input type="checkbox"/> Monitorar o padrão de sono <input type="checkbox"/> Ajustar o ambiente para promover o sono <input type="checkbox"/> Auxiliar a paciente a limitar o tempo de sono durante o dia fazendo atividades que promovam a vigília <input type="checkbox"/> Implementar medidas de conforto de massagem, posicionamento e toque afetivo <input type="checkbox"/> Ajustar o esquema de administração de medicamentos para sustentar o ciclo de sono/vigília da paciente <input type="checkbox"/> Avaliar junto com o médico a necessidade de administração de medicamento	
LOCOMOÇÃO				
12 ()	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	<input type="checkbox"/> Risco de quedas: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Mobilidade prejudicada <input type="checkbox"/> Redução da força em extremidade inferior <input type="checkbox"/> Hipotensão ortostática <input type="checkbox"/> Equilíbrio prejudicado	Prevenção contra quedas <input type="checkbox"/> Identificar os comportamentos e fatores que afetam o risco de quedas <input type="checkbox"/> Identificar as características do ambiente que podem aumentar o potencial de quedas <input type="checkbox"/> Auxiliar durante o caminhar, quando apropriado <input type="checkbox"/> Monitorar a habilidade de se transferir da cama para a cadeira e vice-versa <input type="checkbox"/> Colocar a cama na posição mais baixa Controle do ambiente: segurança <input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas <input type="checkbox"/> Manter cama travada <input type="checkbox"/> Utilizar contenção mecânica, quando apropriado	
13 ()	<input type="checkbox"/> Amplitude limitada de movimentos <input type="checkbox"/> Dificuldade para virar-se <input type="checkbox"/> Dispneia aos esforços <input type="checkbox"/> Desconforto	<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Força muscular diminuída <input type="checkbox"/> Intolerância à atividade <input type="checkbox"/> Rigidez articular <input type="checkbox"/> Prejuízo musculoesquelético/neuromuscular	Cuidados com o repouso no leito <input type="checkbox"/> Posicionar em alinhamento corporal adequado <input type="checkbox"/> Manter a roupa de cama limpa, seca e sem dobras <input type="checkbox"/> Aplicar dispositivos que evitem a queda plantar <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Usar dispositivos na cama que protejam a paciente Controle da dor <input type="checkbox"/> Fazer uma avaliação abrangente da dor <input type="checkbox"/> Observar para sinais não verbais de desconforto	

Nº	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
			() Proporcionar o alívio ideal da dor conforme analgesia prescrita Posicionamento () Utilizar um colchão apropriado () Utilizar colchão pneumático	
INTEGRIDADE CUTANEOMUCOSA				
14 ()	() Descamação () Desconforto oral () Dor oral () Dificuldade para comer () Exposição à patógeno () Lesão oral () Sangramento	() Integridade da membrana mucosa oral prejudicada: () Estressores () Higiene oral inadequada () Fator mecânico () Infecção () Regime de tratamento () Trauma oral	Manutenção da saúde oral () Aplicar lubrificante para umedecer os lábios, conforme necessário Promoção da saúde oral () Monitorar condição da boca da paciente () Auxiliar a paciente na escovação dental () Realizar higiene oral conforme protocolo () Posicionar tubo orotraqueal de modo a evitar tensão sobre a lesão () Trocar fixação de tubo orotraqueal conforme protocolo () Solicitar avaliação do dentista, se necessário	
15 ()	() Alteração na integridade da pele () Dor aguda () Hematoma () Sangramento () Vermelhidão	() Integridade da pele prejudicada: () Umidade () Circulação prejudicada () Nutrição inadequada () Excreções () Pressão sobre saliência óssea () Secreções () Punção arterial	Prevenção de lesão por pressão () Documentar o estado da pele na admissão e diariamente () Utilizar protocolo de prevenção de lesão por pressão da instituição (escala de Braden) () Realizar mudança de decúbito () Monitorar surgimento de áreas avermelhadas () Remover umidade excessiva da pele () Aplicar barreiras protetoras como cremes ou sprays () Manter roupas de camas limpas, secas e sem amassados () Utilizar colchão pneumático () Hidratar a pele () Monitorar para fontes de pressão e atrito () Realizar proteção de proeminências ósseas com filme transparente () Colocar dispositivos de alívio de pressão tipo coxim () Encorajar a paciente a se envolver nas mudanças de posição () Utilizar equipamentos adequados para manter os calcanhares afastados do leito Banho () Realizar banho no leito () Auxiliar no banho de aspersão, conforme apropriado	

Nº	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
			() Lavar os cabelos da paciente conforme necessidade () Monitorar condição da pele Cuidado perineal () Realizar higiene íntima Cuidados com lesões () Monitorar as características das lesões () Medir o leito da lesão () Realizar curativo () Solicitar avaliação da estomaterapeuta	
16 ()	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	() Risco da integridade da pele prejudicada: FATORES DE RISCO () Umidade () Circulação prejudicada () Nutrição inadequada () Excreções () Pressão sobre saliência óssea () Secreções () Punção arterial	Prevenção de lesão por pressão () Documentar o estado da pele na admissão e diariamente () Utilizar protocolo de prevenção de lesão por pressão da instituição (escala de Braden) () Realizar mudança de decúbito () Monitorar surgimento de áreas avermelhadas () Remover umidade excessiva da pele () Aplicar barreiras protetoras como cremes ou sprays () Manter roupas de camas limpas, secas e sem amassados () Utilizar colchão pneumático () Hidratar a pele () Monitorar para fontes de pressão e atrito () Realizar proteção de proeminências ósseas com filme transparente () Colocar dispositivos de alívio de pressão tipo coxim () Encorajar a paciente a se envolver nas mudanças de posição () Utilizar equipamentos adequados para manter os calcanhares afastados do leito Banho () Realizar banho no leito () Auxiliar no banho de aspersão, conforme apropriado () Lavar os cabelos da paciente conforme necessidade () Monitorar condição da pele Cuidado perineal () Realizar higiene íntima	

Nº	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
17 ()	<input type="checkbox"/> Tecido destruído <input type="checkbox"/> Área localizada quente ao toque <input type="checkbox"/> Dano tecidual <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Vermelhidão	<input type="checkbox"/> Integridade tissular prejudicada: <input type="checkbox"/> Circulação prejudicada <input type="checkbox"/> Estado nutricional desequilibrado <input type="checkbox"/> Mobilidade prejudicada <input type="checkbox"/> Volume de líquido deficiente <input type="checkbox"/> Volume de líquido excessivo <input type="checkbox"/> Umidade <input type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Punção arterial <input type="checkbox"/> Trauma vascular	Prevenção de lesão por pressão <input type="checkbox"/> Documentar o estado da pele na admissão e diariamente <input type="checkbox"/> Utilizar protocolo de prevenção de lesão por pressão da instituição (escala de Braden) <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Monitorar surgimento de áreas avermelhadas <input type="checkbox"/> Remover umidade excessiva da pele <input type="checkbox"/> Aplicar barreiras protetoras como cremes ou sprays <input type="checkbox"/> Manter roupas de camas limpas, secas e sem amassados <input type="checkbox"/> Utilizar colchão pneumático <input type="checkbox"/> Hidratar a pele <input type="checkbox"/> Monitorar para fontes de pressão e atrito <input type="checkbox"/> Realizar proteção de proeminências ósseas com filme transparente <input type="checkbox"/> Colocar dispositivos de alívio de pressão tipo coxim <input type="checkbox"/> Encorajar a paciente a se envolver nas mudanças de posição <input type="checkbox"/> Utilizar equipamentos adequados para manter os calcanhares afastados do leito Cuidados com lesões <input type="checkbox"/> Monitorar as características das lesões <input type="checkbox"/> Medir o leito da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo <input type="checkbox"/> Solicitar avaliação da estomaterapeuta	
18 ()	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	<input type="checkbox"/> Risco de lesão por pressão: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Forças de cisalhamento <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Nutrição inadequada <input type="checkbox"/> Pele ressecada <input type="checkbox"/> Pressão sobre saliência óssea <input type="checkbox"/> Redução da mobilidade <input type="checkbox"/> Sobrepeso/Obesidade	Prevenção de lesão por pressão <input type="checkbox"/> Documentar o estado da pele na admissão e diariamente <input type="checkbox"/> Utilizar protocolo de prevenção de lesão por pressão da instituição (escala de Braden) <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Monitorar surgimento de áreas avermelhadas <input type="checkbox"/> Remover umidade excessiva da pele <input type="checkbox"/> Aplicar barreiras protetoras como cremes ou sprays <input type="checkbox"/> Manter roupas de camas limpas, secas e sem amassados <input type="checkbox"/> Utilizar colchão pneumático <input type="checkbox"/> Hidratar a pele	

Nº	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
		<input type="checkbox"/> Alteração na sensibilidade <input type="checkbox"/> Circulação prejudicada <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Imobilização física	<input type="checkbox"/> Monitorar para fontes de pressão e atrito <input type="checkbox"/> Realizar proteção de proeminências ósseas com filme transparente <input type="checkbox"/> Colocar dispositivos de alívio de pressão tipo coxim <input type="checkbox"/> Encorajar a paciente a se envolver nas mudanças de posição <input type="checkbox"/> Utilizar equipamentos adequados para manter os calcanhares afastados do leito	
REGULAÇÃO: TÉRMICA, HORMONAL, NEUROLÓGICA, HIDROSSALINA, ELETROLÍTICA, IMUNOLÓGICA, CRESCIMENTO CELULAR, VASCULAR				
19 ()	<input type="checkbox"/> Alteração em característica da pele <input type="checkbox"/> Dor nas extremidades <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Pulsos periféricos diminuídos <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar > 3 segundos	<input type="checkbox"/> Perfusão tissular periférica ineficaz: <input type="checkbox"/> Agente físico/biológico lesivo	Cuidados circulatórios: insuficiência arterial e venosa <input type="checkbox"/> Inspeccionar extremidades para detecção de áreas de calor, vermelhidão, dor ou inchaço <input type="checkbox"/> Realizar avaliação da circulação periférica <input type="checkbox"/> Avaliar edema periférico e pulsos <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Aquecer extremidades <input type="checkbox"/> Implementar tratamento de feridas <input type="checkbox"/> Monitorar o grau de desconforto ou dor Precauções circulatórias <input type="checkbox"/> Não instalar acesso EV ou coletar sangue na extremidade afetada <input type="checkbox"/> Evitar aferir pressão arterial na extremidade afetada	
20 ()	<input type="checkbox"/> Pele quente ao toque <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Hipertermia:	Regulação da temperatura <input type="checkbox"/> Monitorar a temperatura pelo menos a cada 2 horas <input type="checkbox"/> Instalar um dispositivo de monitoramento contínuo da temperatura central <input type="checkbox"/> Monitorar e registrar sinais e sintomas de hipertermia <input type="checkbox"/> Ajustar a temperatura do ambiente às necessidades da paciente <input type="checkbox"/> Administrar medicamento, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Monitorar cor e temperatura da pele Tratamento da hipertermia <input type="checkbox"/> Aplicar método de resfriamento externo <input type="checkbox"/> Monitorar anormalidades no estado mental <input type="checkbox"/> Monitorar complicações <input type="checkbox"/> Realizar banho no leito com água fria	
21 ()	<input type="checkbox"/> Pele fria ao toque <input type="checkbox"/> Tremor pelo frio	<input type="checkbox"/> Hipotermia:	Regulação da temperatura <input type="checkbox"/> Monitorar a temperatura pelo menos a cada 2 horas	

Nº	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
	() Vasoconstrição periférica		() Instalar um dispositivo de monitoramento contínuo da temperatura central () Monitorar e registrar sinais e sintomas de hipotermia () Ajustar a temperatura do ambiente às necessidades da paciente () Utilizar cobertores de aquecimento () Monitorar cor e temperatura da pele Tratamento da hipotermia () Remover roupas molhadas () Monitorar complicações () Realizar banho no leito com água morna	
22 ()	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	() Risco de desequilíbrio eletrolítico: FATORES DE RISCO () Diarreia () Volume de líquidos deficiente () Vômito () Disfunção renal () Disfunção da regulação endócrina () Regime de tratamento () Sangramento	Controle da hipovolemia () Monitorar evidências de desidratação () Monitorar as fontes de perdas de fluidos () Monitorar evidências laboratoriais para perda sanguínea Controle da hipervolemia () Monitorar o padrão respiratório para sintomas do edema pulmonar () Monitorar edema periférico () Manter cabeceira da cama elevada () Preparar a paciente para diálise Controle hídrico () Monitorar resultados de exames laboratoriais () Monitorar o estado hemodinâmico () Usar bomba de infusão () Monitorar ingestão e eliminação () Realizar balanço hídrico () Monitorar o estado nutricional () Providenciar e administrar produtos do sangue Monitoração hídrica () Manter infusão endovenosa adequada () Instituir restrição de líquidos () Estabelecer possíveis fatores de risco para desequilíbrio de líquidos () Monitorar membranas mucosas, turgidez da pele e sede	

Nº	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
23 ()	<input type="checkbox"/> Anasarca <input type="checkbox"/> Alteração na pressão arterial <input type="checkbox"/> Congestão pulmonar <input type="checkbox"/> Desequilíbrio eletrolítico <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Alteração no padrão respiratório <input type="checkbox"/> Aumento da pressão venosa central (PVC) <input type="checkbox"/> Derrame pleural <input type="checkbox"/> Hematócrito diminuído <input type="checkbox"/> Hemoglobina diminuída	<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo: <input type="checkbox"/> Entrada excessiva de líquidos <input type="checkbox"/> Mecanismo de regulação comprometidos	Controle da hipervolemia <input type="checkbox"/> Monitorar o padrão respiratório para sintomas do edema pulmonar <input type="checkbox"/> Monitorar edema periférico <input type="checkbox"/> Manter cabeceira da cama elevada <input type="checkbox"/> Preparar a paciente para diálise Controle hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar resultados de exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Monitorar o estado hemodinâmico <input type="checkbox"/> Usar bomba de infusão <input type="checkbox"/> Monitorar ingestão e eliminação <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar o estado nutricional <input type="checkbox"/> Providenciar e administrar produtos do sangue Monitoração hídrica <input type="checkbox"/> Manter infusão endovenosa adequada <input type="checkbox"/> Instituir restrição de líquidos <input type="checkbox"/> Estabelecer possíveis fatores de risco para desequilíbrio de líquidos <input type="checkbox"/> Monitorar membranas mucosas, turgidez da pele e sede	
24 ()	<input type="checkbox"/> Alterações do turgor da pele <input type="checkbox"/> Diminuição do turgor da língua <input type="checkbox"/> Aumento da FC <input type="checkbox"/> Diminuição da PA <input type="checkbox"/> Aumento na concentração urinária <input type="checkbox"/> Diminuição do débito urinário <input type="checkbox"/> Membranas mucosas ressecadas <input type="checkbox"/> Pele ressecada <input type="checkbox"/> Sede <input type="checkbox"/> Hematócrito aumentado	<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente: <input type="checkbox"/> Perda ativa de volume de líquidos <input type="checkbox"/> Barreira ao acesso de líquidos <input type="checkbox"/> Ingestão de líquidos insuficiente <input type="checkbox"/> Agente farmacêutico <input type="checkbox"/> Desvios que afetam a ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Desvios que afetam a absorção de líquidos	Controle da hipovolemia <input type="checkbox"/> Monitorar evidências de desidratação <input type="checkbox"/> Monitorar as fontes de perdas de fluidos <input type="checkbox"/> Monitorar evidências laboratoriais para perda sanguínea Controle hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar resultados de exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Monitorar o estado hemodinâmico <input type="checkbox"/> Usar bomba de infusão <input type="checkbox"/> Monitorar ingestão e eliminação <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar o estado nutricional <input type="checkbox"/> Providenciar e administrar produtos do sangue Monitoração hídrica <input type="checkbox"/> Manter infusão endovenosa adequada <input type="checkbox"/> Instituir restrição de líquidos <input type="checkbox"/> Estabelecer possíveis fatores de risco para desequilíbrio de líquidos	

Nº	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
25 ()	<input type="checkbox"/> Expressão facial de dor <input type="checkbox"/> Posição para aliviar a dor <input type="checkbox"/> Relato verbal de dor <input type="checkbox"/> Alteração no parâmetro fisiológico <input type="checkbox"/> Comportamento expressivo	<input type="checkbox"/> Dor aguda: <input type="checkbox"/> Agentes lesivos: biológicos, psicológicos, físicos	<input type="checkbox"/> Monitorar membranas mucosas, turgidez da pele e sede Controle da dor <input type="checkbox"/> Avaliar a dor quanto (localização, características, duração, frequência, qualidade, intensidade e fatores precipitantes) <input type="checkbox"/> Observar para pistas não verbais de desconforto <input type="checkbox"/> Controlar fatores ambientais que possam influenciar a resposta do paciente ao desconforto <input type="checkbox"/> Proporcionar um alívio ideal da dor com o uso dos analgésicos prescritos <input type="checkbox"/> Utilizar técnicas não farmacológicas de alívio da dor <input type="checkbox"/> Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor	
26 ()	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	<input type="checkbox"/> Risco de infecção: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Alteração da integridade da pele <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Doença crônica <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Leucopenia	Controle de infecção <input type="checkbox"/> Lavar as mãos antes e após procedimentos <input type="checkbox"/> Trocar acessos venosos periféricos conforme protocolo da instituição <input type="checkbox"/> Realizar curativos <input type="checkbox"/> Trocar curativo de acesso venoso central Proteção contra infecção <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e localizados de infecção <input type="checkbox"/> Manter as técnicas de isolamento <input type="checkbox"/> Inspecionar condição de incisões cirúrgicas e feridas Cuidados com o local de incisão <input type="checkbox"/> Monitorar a incisão para detecção de sinais e sintomas de infecção Cuidados pós-parto <input type="checkbox"/> Monitorar lóquios para cor, quantidade, odor e presença de coágulos <input type="checkbox"/> Realizar cuidados perineais Cuidados com sondas/drenos <input type="checkbox"/> Avaliar diariamente junto com equipe multiprofissional necessidade de manter sondas e drenos <input type="checkbox"/> Manter sonda/dreno pérvia(o) <input type="checkbox"/> Manter recipiente de drenagem no nível adequado <input type="checkbox"/> Fixar sonda/dreno para prevenir a pressão e remoção acidental <input type="checkbox"/> Monitorar quanto à quantidade, cor e consistência da drenagem a partir da sonda/dreno <input type="checkbox"/> Inspecionar a área ao redor do local de inserção da sonda/dreno	

Nº	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
			quanto à vermelhidão e ruptura da pele	
27 ()	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	<input type="checkbox"/> Risco de aspiração: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Tosse ineficaz <input type="checkbox"/> Alimentação enteral <input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada para deglutir <input type="checkbox"/> Nível de consciência diminuído <input type="checkbox"/> Presença de sonda oral/nasal <input type="checkbox"/> Regime de tratamento	Precauções contra aspiração <input type="checkbox"/> Monitorar o nível de consciência, reflexo de tosse, reflexo de vômito e capacidade de deglutição <input type="checkbox"/> Posicionar a cabeceira da cama de 30° a 45° <input type="checkbox"/> Manter o balonete traqueal insuflado <input type="checkbox"/> Manter o equipamento de aspiração disponível <input type="checkbox"/> Supervisionar a alimentação ou auxiliar, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Verificar o posicionamento da sonda antes da alimentação <input type="checkbox"/> Realizar aspiração traqueal, conforme apropriado	
28 ()	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	<input type="checkbox"/> Risco de choque: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Hipovolemia <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Complicação pós-parto <input type="checkbox"/> Alergia medicamentosa	Prevenção do choque <input type="checkbox"/> Inserir e manter acesso EV de grande calibre <input type="checkbox"/> Manter monitorização hemodinâmica contínua Precauções contra sangramento <input type="checkbox"/> Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente <input type="checkbox"/> Administrar hemocomponentes ou hemoderivados, conforme apropriado Redução do sangramento: útero pós-parto <input type="checkbox"/> Observar características dos lóquios <input type="checkbox"/> Monitorar a coloração, nível de consciência e dor maternos <input type="checkbox"/> Manter vigilância pós-parto rigorosa do estado materno Controle de alergias <input type="checkbox"/> Identificar e documentar alergias conhecidas no prontuário clínico <input type="checkbox"/> Colocar pulseira identificadora de alergia <input type="checkbox"/> Monitorar paciente quanto a reações alérgicas	
29 ()	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	<input type="checkbox"/> Risco de sangramento: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Complicação pós-parto <input type="checkbox"/> Regime de tratamento	Prevenção do choque <input type="checkbox"/> Inserir e manter acesso EV de grande calibre <input type="checkbox"/> Manter monitorização hemodinâmica contínua Precauções contra sangramento <input type="checkbox"/> Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente <input type="checkbox"/> Administrar hemocomponentes ou hemoderivados, conforme apropriado Redução do sangramento: útero pós-parto <input type="checkbox"/> Observar características dos lóquios <input type="checkbox"/> Monitorar a coloração, nível de consciência e dor maternos <input type="checkbox"/> Manter vigilância pós-parto rigorosa do estado materno	

Nº	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS				
SEGURANÇA				
30 ()	<input type="checkbox"/> Apreensão <input type="checkbox"/> Estado de agitação <input type="checkbox"/> Sensação de medo <input type="checkbox"/> Sensação de pânico <input type="checkbox"/> Estímulos entendidos como ameaça	<input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Hospitalização <input type="checkbox"/> Sintomas relacionados à doença <input type="checkbox"/> Regime de tratamento	Apoio emocional <input type="checkbox"/> Discutir a experiência emocional com a paciente <input type="checkbox"/> Explorar com a paciente o que desencadeou o sentimento <input type="checkbox"/> Fazer declarações compreensivas e empáticas <input type="checkbox"/> Ouvir e encorajar a expressão de sentimentos e crenças Melhora do enfrentamento <input type="checkbox"/> Avaliar a compreensão da paciente sobre o processo da doença <input type="checkbox"/> Usar uma abordagem calma e tranquilizadora <input type="checkbox"/> Encorajar o uso de recursos espirituais Aumento da segurança <input type="checkbox"/> Propiciar um ambiente livre de ameaças <input type="checkbox"/> Explicar todos os exames e procedimento à paciente <input type="checkbox"/> Responder com honestidade às perguntas sobre o estado de saúde	
31 ()	<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Incapacidade de relaxar <input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Alteração no padrão de sono <input type="checkbox"/> Desconforto com a situação <input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado: <input type="checkbox"/> Estímulos ambientais nocivos <input type="checkbox"/> Privacidade insuficiente <input type="checkbox"/> Sintomas relacionados à doença <input type="checkbox"/> Regime de tratamento	Redução da ansiedade <input type="checkbox"/> Utilizar abordagem calma e tranquilizadora <input type="checkbox"/> Explicar todos os procedimentos <input type="checkbox"/> Oferecer informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico <input type="checkbox"/> Escutar o paciente com atenção <input type="checkbox"/> Criar uma atmosfera para facilitar a confiança Melhora do sono <input type="checkbox"/> Ajustar o ambiente para promover o sono <input type="checkbox"/> Implementar medidas de conforto de massagem, posicionamento e toque afetivo Controle do ambiente: conforto <input type="checkbox"/> Evitar interrupções desnecessárias e permitir o período de repouso <input type="checkbox"/> Criar um ambiente calmo e acolhedor <input type="checkbox"/> Determinar a causa do desconforto <input type="checkbox"/> Posicionar paciente para facilitar o conforto	

Nº	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
ORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO				
32 ()	<input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Alteração na função cognitiva <input type="checkbox"/> Alteração na função psicomotora <input type="checkbox"/> Alucinações <input type="checkbox"/> Alteração no nível de consciência	() Confusão aguda: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Agente farmacêutico <input type="checkbox"/> Alteração na função cognitiva <input type="checkbox"/> <i>Delirium</i> <input type="checkbox"/> Infecção	Controle do delírio <input type="checkbox"/> Identificar fatores etiológicos que causam delírio <input type="checkbox"/> Monitorar o estado neurológico continuamente <input type="checkbox"/> Reconhecer os medos e os sentimentos da paciente <input type="checkbox"/> Encorajar a visita de familiares <input type="checkbox"/> Remover estímulos sensoriais excessivos, quando possível <input type="checkbox"/> Utilizar restrições físicas, conforme necessário <input type="checkbox"/> Informar a paciente sobre pessoa, lugar e tempo	
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS				
RELIGIOSA OU TEOLÓGICA, ÉTICA OU DE FILOSOFIA DE VIDA				
33 ()	<input type="checkbox"/> Verbalização congruente com sentimento de falta de fé <input type="checkbox"/> Expressões verbais negativas	() Religiosidade prejudicada: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Insegurança <input type="checkbox"/> Medo da morte <input type="checkbox"/> Sofrimento espiritual <input type="checkbox"/> Doença	Apoio espiritual <input type="checkbox"/> Usar ferramentas para monitorar e avaliar o bem-estar espiritual <input type="checkbox"/> Tratar o indivíduo com dignidade e respeito <input type="checkbox"/> Orar com a paciente <input type="checkbox"/> Encorajar o uso de recursos espirituais <input type="checkbox"/> Expressar empatia pelos sentimentos da paciente	
34 ()	<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Questionamento do sentido do sofrimento <input type="checkbox"/> Questionamento do sentido da vida <input type="checkbox"/> Aceitação inadequada <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Desesperança <input type="checkbox"/> Sofrimento percebido	() Sofrimento espiritual: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Morte iminente <input type="checkbox"/> Estressores <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Mudança ambiental <input type="checkbox"/> Regime de tratamento	Apoio espiritual <input type="checkbox"/> Usar ferramentas para monitorar e avaliar o bem-estar espiritual <input type="checkbox"/> Tratar o indivíduo com dignidade e respeito <input type="checkbox"/> Orar com a paciente <input type="checkbox"/> Encorajar o uso de recursos espirituais <input type="checkbox"/> Expressar empatia pelos sentimentos da paciente Apoio emocional <input type="checkbox"/> Discutir a experiência emocional com a paciente <input type="checkbox"/> Explorar com a paciente o que desencadeou o sentimento <input type="checkbox"/> Fazer declarações compreensivas e empáticas <input type="checkbox"/> Ouvir e encorajar a expressão de sentimentos e crenças	

Legenda: (P) Presente (A) Ausente (M) Mantido

Espaço para acréscimo de Diagnósticos de enfermagem e intervenções a critério do enfermeiro:

Enfermeiro prescritor-Assinatura e carimbo

APÊNDICE F – QUADROS COM CONSOLIDADO DAS SUGESTÕES DOS JUÍZES

Questionário 1 – Validação de Aparência do instrumento de coleta de dados

Itens avaliados	Sugestões, críticas e elogios
O instrumento é relevante?	<p>JPE3 - O instrumento contribui para a consolidação da enfermagem enquanto ciência.</p> <p>JPE6 - Sugiro contemplar no Histórico de Enfermagem a informação sobre Barreiras de Comunicação (surdez, idioma, cegueira, limitação cognitiva, etc) e Presença de Órteses/Próteses (com o intuito de detectar riscos com próteses dentárias durante IOT ou presença de outros dispositivos metálicos com potenciais riscos para exames como ressonância magnética. Na Prescrição de Enfermagem, me pareceu repetitivo os cuidados, quando situação de "Integridade da Pele Prejudicada" e "Risco de Integridade da Pele Prejudicada", de tal forma que deixaria como sugestão modificar os cuidados, deixando aqueles cuidados que visam prevenção somente no domínio "Risco de Integridade da Pele Prejudicada" e aqueles que visam o tratamento somente no domínio "Integridade da Pele Prejudicada". Ainda como cuidado, ressalto a importância de se retirar o curativo antes do banho diário do paciente, para que a área também possa passar por higiene local com água e sabão, antes de ser realizado o curativo, exceto aqueles curativos especiais que tem duração superior a 24h.</p> <p>JPE7 - É uma forma de sistematizar melhor a assistência.</p> <p>JPE19 - O processo de enfermagem é essencial para a prestação do cuidado com qualidade e torna-se factível quando passa por um processo rigoroso de validação que permita que o mesmo seja acurado o suficiente para cumprir seus objetivos.</p> <p>JPE20 - A tecnologia sistematiza o cuidado de enfermagem, distingue o papel do enfermagem na equipe de enfermagem e na equipe de saúde, valoriza a categoria e possibilita o cuidado integral à usuária.</p>
As informações estão apresentadas de forma clara e objetiva?	<p>JPE2 - Como sugestão trocaria o termo Plano de cuidado por Planejamento da Assistência e acrescentaria o item - Resultados de Enfermagem - , uma vez que o planejamento é contemplado por meio dos Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem. Mudaria a ordem dos termos: deixaria o termo Diagnóstico de Enfermagem em primeiro plano e, sequencial a isso, características definidoras e fatores Relacionados ou de risco.</p> <p>JPE3 - Necessidade de melhor organização do instrumento em anamnese e exame físico.</p> <p>JPE4 - No item 7, referente Sexualidade e Reprodução do Histórico de Enfermagem, sugiro incluir "nº de filhos vivos" como dado a ser levantado. Assim como "Gravidez desejada: () Sim () Não".</p> <p>JPE7 - No histórico de enfermagem na parte do exame físico ficou muito abrangente para quem vai avaliar Ex ao invés de colocar avaliação neurológica sem alteração deveria colocar pupilas, nível de consciência etc.</p> <p>JPE13 - Em alguns pontos do histórico me perguntei como avaliar tal aspecto, por exemplo, Risco de quedas Rede de apoio, Necessidades afetadas.</p> <p>JPE22 – A questão da objetividade sofre um pouco por conta da extensão de páginas mas é algo necessário pela complexidade e</p>

	abrangencia da SAE.
As informações estão cientificamente corretas?	JPE3 - Necessidade de incluir e explorar mais a luz da teoria de Wanda Horta. JPE19 - Senti falta de alguns itens. JPE20 - Sim. Todavia os instrumentos necessitam de reajustes fundamentais, conforme a justificativa anterior.
A letra e o seu tamanho estão adequados?	JPE4 - Sugestão de envolver cada bloco (dos quatro itens do histórico) em um quadro ou moldura, de forma a ficar mais evidente ao enfermeiro que irá utilizá-lo. Considero que o tamanho do instrumento é longo, mas não vi como reduzir o tamanho das letras ou dos espaços utilizados. JPE11 - A letra do plano de cuidados está pequena. Pode causar desconforto ao leitor durante o uso. JPE19 - Para alguém com acuidade visual diminuída pode complicar.
Os espaçamentos entre letras estão adequados?	JPE11 - Espaçamento simples somado a letra pequena dificultam a leitura. No entanto, não sei se é possível alterar esta configuração sem alterar o layout do arquivo. JPE19 - Entendo a necessidade de não deixar o instrumento muito longo, mas acho que ainda pode melhorar a apresentação do instrumento.
O instrumento apresenta uma sequência lógica?	JPE2 - Como sugestão trocaria o termo Plano de cuidado por Planejamento da Assistência e acrescentaria o item - Resultados de Enfermagem - , uma vez que o planejamento é contemplado por meio dos Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem. Mudaria a ordem dos termos: deixaria o termo Diagnóstico de Enfermagem em primeiro plano e, sequencial a isso, características definidoras e fatores Relacionados ou de risco. JPE3 - Informações de anamnese e exame físico se confundem para uma sequência lógica. JPE7 - Acho que os dispositivos deveriam ficar no exame físico, tipo SVD, SNG.
O instrumento é de fácil leitura e compreensão?	JPE3 - É de fácil leitura, mas não promove uma compreensão do paciente como um todo. JPE4 - No item (2) do Plano de Cuidados, na coluna das intervenções para o diagnóstico Troca de gases prejudicada, sugiro incluir 'vias aéreas após "() Remover secreções estimulando a tosse ou aspirando". No item (22) do Plano de Cuidados, na coluna de Intervenções para Controle Hidrico, sugiro ajustar "() Providenciar e administrar produtos do sangue", para adotar as terminologias "hemocomponentes ou hemoderivados"; ou, "componentes do sangue ou hemoderivados". No item (34), na intervenção "() Orar com a paciente", considero que pode ser utilizada a intervenção "Apoiar a mulher que precisa de ajuda em suas preces". JPE6 - Seria efetivamente superior o resultado do trabalho, se o layout do trabalho pudesse ser melhor utilizado através da contribuição do uso de máscaras do sistema AGHU, permitindo o acesso a cada informação somente na medida que se vai preenchendo o processo de enfermagem, facilitando a leitura e o preenchimento do instrumento. No entanto isso dependeria, de um interesse institucional em construir esse documento através de máscaras no sistema. JPE7 - No preenchimento eu precisaria consultar outros instrumentos como por ex. a escala de braden para poder marcar.

	JPE19 - Alguns itens não são tão claros
Questionário 2 – Validação de Aparência da Tecnologia Assistencial de Enfermagem	
Itens avaliados	Sugestões, críticas e elogios
A tecnologia é relevante?	JPE4 - Muito apropriada para orientar enfermeiros nos cuidados diante dos diagnósticos de enfermagem identificados. JPE20 - Sim, porque atende ao preconizado pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, na qual a Consulta de Enfermagem, é atividade privativa do enfermeiro. Todavia, os instrumentos necessitam de ajustes importantes.
As informações estão apresentadas de forma clara e objetiva?	JPE3 - De forma objetiva, inserir mais informações para que fique mais claro a compreensão da paciente. JPE8 - Poderia tentar juntar os itens que estão separados por quebra de pagina em uma pagina só.
As informações estão cientificamente corretas?	JPE2 - Como sugestão trocaria o termo Plano de cuidado por Planejamento da Assistência e acrescentaria o item - Resultados de Enfermagem - , uma vez que o planejamento é contemplado por meio dos Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem. Mudaria a ordem dos termos: deixaria o termo Diagnóstico de Enfermagem em primeiro plano e, sequencial a isso, características definidoras e fatores Relacionados ou de risco. JPE3 - Necessidade de reconfiguração do conteúdo do instrumento.
A letra e o seu tamanho estão adequados?	JPE11 - ver considerações anteriores. JPE13 - O intuito do plano de cuidados é ser bem completo e contemplar todas as necessidades apontadas pela teorista escolhida, porém ficou extenso com a letra pequena e pouco espaço para o aprazamento, o que poderá inibir a utilização do instrumento na prática. Uma sugestão é que o aprazamento de cuidados seja realizado em outra folha, assim como os diagnósticos prioritários escolhidos para serem trabalhados a cada 24 h, por exemplo. JPE19 - Se puder melhorar a distribuição das coluna, creio que poderá aumentar o tamanho da letra.
Os espaçamentos entre letras estão adequados?	JPE11 - ver considerações anteriores. JPE13 - ver considerações anteriores. JPE20 - ver considerações anteriores.
A tecnologia apresenta uma sequência lógica?	JPE3 - Informações de anamnese e exame físico se confundem para uma sequencia lógica. JPE20 - vide a anterior
A tecnologia é de fácil leitura e compreensão?	JPE3 - É de fácil leitura, mas não promove uma compreensão do paciente como um todo. JPE6 - A utilização de máscaras através do sistema AGHU também otimizaria o layout do trabalho. JPE11 - Em termos de conteúdo sim, mas em relação ao tamanho da letra e espaçamento não. JPE13 - O layout prejudica a leitura.

JPE20 - vide justificativa inicial

Questionário 3 – Validação de Conteúdo do instrumento de coleta de dados

Itens avaliados	Sugestões, críticas e elogios
IDENTIFICAÇÃO	<p>JPE1 - Acho que deveria inserir Estado Civil, pois seria mais um parâmetro de avaliação.</p> <p>JPE3 - Substituir renda familiar por Vulnerabilidade Social () Sim () Não</p> <p>JPE4 - Incluir na identificação se a mulher em cuidados intensivos é gestante ou puérpera. Assim, como idade gestacional para o primeiro grupo e dias de puerpério para o segundo grupo. Talvez seja oportuno também incluir a variável cor da pele/raça/etnia, para associações futuras com o motivo do internamento e com o tipo de cuidado requerido (pensando em quem vai utilizar o instrumento após a validação). Ajustes na identificação incluindo gestante ou puérpera.</p> <p>JPE6 - Sugiro desmembrar alguns dados que são relativos somente a identificação, no intuito de substituir esse preenchimento somente com etiquetas de identificação. E separar demais informações como relativas a perguntas de caráter socioeconômico.</p> <p>JPE11 - Atende as recomendações sobre segurança do paciente utilizando no mínimo três identificadores (nome completo, data de nascimento e número do prontuário).</p> <p>JPE20 - Incluir todos os dados biológicos e socioculturais, porque são fundamentais para ao raciocínio clínico e julgamento crítico para fins de planejamento de cuidado integralizado.</p>
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
Necessidades Psicobiológicas	<p>JPE2 - Sugestão - Rever a escala de Braden e analisar a escala de Evaruci utilizada para pacientes críticos.</p> <p>JPE3 - Reformular com distinção entre anamnese e exame físico e inclusão de demais informações.</p> <p>JPE4 - Ajustes referente gravidez desejada e nº de filhos vivos.</p> <p>JPE7 - A opção outro deveria estar presente em dieta e eliminação urinária pois existe outras opções como GTM, JTM, cistostomia.</p> <p>JPE9 - Cuidado corporal incluir se necessita de apoio ou não. Servirá como base para traçar o DE de Déficit no autocuidado para banho.</p> <p>JPE11 - Incluir em oxigenação: ventilação mecânica invasiva e não invasiva; uso de oxigênio suplementar por cateter nasal, máscara de Venturi, etc.; Incluir drenos em dispositivos invasivos; Incluir dados sobre equilíbrio eletrolítico (valores de Na+, K+, Cl-, HCO₃, Ca⁺⁺, P-, Mg⁺⁺), distúrbios acidobásico e nível glicêmico da paciente.</p> <p>JPE13 - Já que o instrumento é fechado alguns pontos poderiam estar melhor descritos ou apontados, especialmente nos espaços para descrição, por exemplo: ingesta hídrica, risco de quedas, classificação do nível de conhecimento sobre o regime terapêutico. Acho que resolveria essa questão uma formação continuada dos enfermeiros da unidade para o preenchimento do</p>

	<p>instrumento, ou um maior detalhamento do mesmo, caso a primeira opção não seja viável.</p> <p>JPE20 - Necessidades Humanas Básicas: adequar ao referencial teórico selecionado; excluir os dados objetivos e aqueles que se referem ao juízo de valor (Por exemplo: nível de conhecimento - baixo, alto e intermediário, etc); retirar as informações nos parênteses, deixando espaço para o registro objetivo relativo àquela necessidade (Por exemplo: Sono e repouso _____).</p>
Necessidades Psicossociais	<p>JPE3 - Reformular com distinção entre anamnese e exame físico e inclusão de demais informações.</p> <p>JPE13 - Mesmo raciocínio anterior, o que será considerado sinal de ansiedade? Sinal de medo? Rede de apoio? Educação à saúde? Recreação e lazer? Optar por perguntas abertas favorece que o enfermeiro descreva, mas se ele não for treinado a variação de respostas pode ser prejudicial para a continuidade de atendimento à paciente.</p> <p>JPE20 - vide justificativa inicial.</p>
Necessidades Psicoespirituais	<p>JPE3 - Abordar a questão da necessidade de apoio espiritual durante a internação.</p> <p>JPE11 - Incluir crenças</p> <p>JPE13 - Sugiro perguntar sobre crenças, além de saber os hábitos religiosos. Algumas pessoas não se aproximam de nenhuma religião, mas possuem crenças que suprem essas necessidades psico-espirituais.</p>
EXAME FÍSICO	<p>JPE3 - Reformular com distinção entre anamnese e exame físico e inclusão de demais informações. Incluir medida dos valores dos sinais vitais.</p> <p>JPE7 - Ficou muito abrangente para quem vai avaliar. Ex. ao invés de colocar avaliação neurológica sem alteração deveria colocar pupilas, nível de consciência etc.</p> <p>JPE11 - Incluir na avaliação neurológica as escalas de Glasgow e Ramsay, uma vez que esta mulher pode estar sob sedação e analgesia.</p> <p>JPE13 - Se o intuito do exame físico for construir uma linha de base que seja comparada em momentos posteriores do atendimento à paciente, escrever somente sem alterações sem uma descrição da região pode prejudicar essa comparação futura.</p> <p>JPE20 - PA (valor, membro/circunferência, posição e horário), Pulso, FC, FR, T, Peso, altura e IMC), e outros julgados necessários. Reorganizar as estruturas corporais - Cabeça, pescoço, tronco anterior (tórax, pulmões, mamas, axilas, abdome, genitais), tronco posterior (dorso e coluna vertebral, glúteos, anus e reto), membros (superiores e inferiores), condições de higiene, aparência pessoal e vestuário), Observações (peso anterior á gravidez, dados obstétricos, resultados de exames laboratoriais, etc). Recomendo a retirada de "sem alterações" e "alterados", porque fica confuso. Sem alterações - relacionado à avaliação anterior ou está fora do padrão de normalidade?, alterados - em relação à avaliação anterior ou estar fora dos padrões de normalidade? Recomendo a retirada das informações nos parênteses, deixando espaço para o registro dos dados relativos a cada estrutura corporal examinada.</p>

<p>AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</p>	<p>JPE3 - Avaliar o grau de dependência por meio de uma escala validada, diminuindo a subjetividade de interpretações. Sugiro a Escala de Fugulin. JPE13 - Achei confusa, não a descrição das necessidades afetadas que será avaliada a partir do preenchimento do instrumento em si, apesar de que alguns parâmetros poderiam estar definidos (por exemplo, se x características alteradas, considerar a necessidade afetada, enfim), porém a classificação da dependência da enfermagem é estritamente subjetiva. JPE20 - Acrescentar a fonte do Grau de Dependência de Enfermagem.</p>
<p>AVALIAÇÃO GERAL DO INSTRUMENTO</p>	
<p>O instrumento atende à primeira etapa do Processo de Enfermagem (PE)?</p>	<p>JPE3 - O instrumento é relevante, porém precisa de reformulação para contemplar as necessidades dentro da anamnese e exame físico. JPE20 - O instrumento será relevante e atender às necessidades humanas básica, se forem feitos os ajustes sugeridos.</p>
<p>O instrumento é relevante para a prática clínica do Enfermeiro?</p>	
<p>O instrumento contempla as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais?</p>	

Questionário 4 – Validação de Conteúdo da Tecnologia Assistencial de Enfermagem

Itens avaliados	Sugestões, críticas e elogios
CABEÇALHO DO INSTRUMENTO	<p>JPE2 - Como sugestão trocaria o termo Plano de cuidado por Planejamento da Assistência e acrescentaria o item - Resultados de Enfermagem , uma vez que o planejamento é contemplado por meio dos Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem. Mudaria a ordem dos termos: deixaria o termo Diagnóstico de Enfermagem em primeiro plano e, sequencial a isso, características definidoras e fatores Relacionados ou de risco.</p> <p>JPE3 - Substituir HD por Motivo da internação. O foco da enfermagem não é a doença as necessidades de cuidado requeridas pelo indivíduo.</p>
PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	
<p>O diagnóstico de Enfermagem representa necessidade psicobiológica / psicossocial / psicoespiritual?</p>	<p>JPE3 - Sugiro manter o título diagnóstico, excluir as CD e FR (já descritos no exame físico completo), incluir os resultados esperados, separar as intervenções em privativas de enfermagem e colaborativas (com demais profissionais ex. médicos, fisioterapeutas), reescrever as intervenções de forma que contemplem O QUE, COMO, QUANDO, ONDE, COM QUE FREQUENCIA, POR QUANTO TEMPO E QUEM DEVE FAZER.</p> <p>JPE11 - O plano está incompleto pois não apresenta os resultados esperados (NOC).</p>
<p>As características definidoras representam o diagnóstico de</p>	<p>DE2: TROCA DE GAZES PREJUDICADA</p> <p>JPE4 - No item (2) do Plano de Cuidados, na coluna das intervenções para o diagnóstico Troca de gases prejudicada, sugiro</p>

Enfermagem?	<p>incluir 'vias aéreas após "() Remover secreções estimulando a tosse ou aspirando"</p> <p>DE15: INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</p>
Os fatores relacionados ou de risco estão de acordo com o diagnóstico de Enfermagem?	<p>JPE6 - Sugiro considerar as intervenções relativas a prevenção, somente quando houver o "Risco da Integridade da Pele Prejudicada".</p> <p>DE16: RISCO DA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</p> <p>JPE6 - Sugiro não considerar as intervenções relativas ao tratamento de lesões.</p>
As intervenções de Enfermagem são pertinentes para o diagnóstico de Enfermagem?	<p>DE17: INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA</p> <p>JPE6 - Sugiro considerar somente as intervenções relativas ao tratamento de lesões.</p> <p>DE19: RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO</p>
As ações de Enfermagem são pertinentes para cada intervenção de Enfermagem?	<p>JPE13 - Nesse domínio existem muitos diagnósticos similares, com as mesmas intervenções propostas, sugiro uma revisão para selecionar os diagnósticos mais significativos e deixar o instrumento mais objetivo. Cada diagnóstico sozinho tem lógica, possui intervenções e atividades adequadas, mas em conjunto no mesmo instrumento considero uma redundância.</p> <p>DE32: CONFUSÃO AGUDA</p> <p>JPE3 - As CD e FR estão mais relacionados ao biológico que ao social.</p> <p>Sugiro manter o título diagnóstico, excluir as CD e FR (já descritos no exame físico completo), incluir os resultados esperados, separar as intervenções em privativas de enfermagem e colaborativas (com demais profissionais ex. médicos,</p>

	<p>fisioterapeutas), reescrever as intervenções de forma que contemplem O QUE, COMO, QUANDO, ONDE, COM QUE FREQUENCIA, POR QUANTO TEMPO E QUEM DEVE FAZER.</p> <p>DE34: SOFRIMENTO ESPIRITUAL</p> <p>JPE4 - No item (34), na intervenção "() Orar com a paciente", considero que pode ser utilizada a intervenção "Apoiar a mulher que precisa de ajuda em suas preces".</p>
<p>AVALIAÇÃO GERAL DO INSTRUMENTO</p>	
<p>O instrumento atende às etapas do Processo de Enfermagem (PE)?</p>	<p>JPE3 - Após a reformulação o instrumento atenderá as etapas do PE e será relevante para a prática clínica do enfermeiro. Contempla as necessidades, mas com uma predominância do biológico em detrimento ao social e espiritual. Sugiro a reformulação do instrumento da primeira etapa e aplicação no campo para levantamento dos diagnósticos mais prevalentes clinicamente.</p> <p>JPE11 - O plano está incompleto pois não apresenta os resultados esperados (NOC).</p> <p>JPE13 - Reafirmo a necessidade de diminuir a quantidade de diagnósticos apresentados, para favorecer o uso pelos enfermeiros, e ajustar o espaço destinado ao aprazamento para que ocorra um maior direcionamento para a prática de enfermagem.</p> <p>JPE20 - Acrescentar as fontes dos sistemas de classificação utilizados: NANDA, NIC e NOC. Recomendo a exclusão dos diagnósticos listados, por dois motivos: 1) impedem o raciocínio clínico e julgamento crítico do enfermeiro; 2) as taxonomias são reajustadas ou alterados periodicamente. A NANDA é atualizada de dois em dois anos, pois a atual correspondem a 2018 e 2020. Logo mais, será publicada a de 2021-2023, conforme está previsto, bem como NIC e NOC; 3) Ao utilizar estas taxonomias, a estrutura do instrumento devem conter todos os dados preconizados por estas - DE/código, intervenções/atividades/código, etc. Sendo assim, sugiro a re-elaboração da estrutura do PCE, contemplando</p>

	<p>todas as informações determinadas pelas taxonomias, e cujo preenchimento com DE, cuidados, resultados seja feito mediante a consulta com a usuária. Para tanto, estas taxonomias devem estar disponibilizadas pelo Gestor de Enfermagem da instituição.</p> <p>NOTA: A tendência é a implantação do prontuário eletrônico ou digital, e abstenção de formulário impressos. Sendo assim, recomendo adequar a estrutura e formatação também para a formato digital, que facilitará o preenchimento do PCE, uma vez que as taxonomias estão disponibilizadas neste formato.</p>
--	---

<p>O instrumento é relevante para a prática clínica do Enfermeiro?</p>	
<p>O instrumento contempla as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais?</p>	

APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS / HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (2ª VERSÃO)



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS MATERNA - UCIM



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

VIII. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Prontuário: _____
 Data: __/__/__ Hora: ____:____ Leito: _____
 Data de nascimento: __/__/__ Idade: _____
 () Gestante IG: _____ () Puérpera Dias de puerpério _____
 Informante: _____
 Queixa principal: _____
 Motivo da internação: _____

- **Dados sócio-demográficos e econômicos**

Estado Civil: _____ Procedência : _____
 Ocupação: _____
 Vulnerabilidade social: _____
 Nível de escolaridade: _____
 Cor da pele / raça / etnia: _____
 Barreiras de comunicação: _____

IX. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

- **Necessidades Psicobiológicas**

27. Respiração: () Eupneica () Bradipneica () Taquipneica () Dispneica.

28. Oxigenação: () Ar ambiente () O₂ especificar: _____ SatO₂: _____.

29. Nutrição e Hidratação

Dieta: () Oral () SNE/SNG () NPT () Zero () Outros _____

Intolerância/alergia: _____

Ingesta hídrica: _____

Observações: _____

30. Eliminações

Eliminações urinárias: () Espontânea () SVD () SVA

() Outros _____

Anúria Oligúria Poliúria

Disúria Hematúria

Eliminações intestinais: Presente Ausente há _____ dias

Alterações: _____

Eliminações vaginais:

Leucorreia: Sim Não. Aspecto: _____

Loquiação: Ausente Fisiológica Moderada Aumentada

Não se aplica

Sangramento transvaginal: Discreto Moderado Intenso

Com coágulo Não se aplica

31. Sono e repouso

Padrão regular Necessidade de medicamentos

Sedação Analgesia

32. Exercícios Físicos e Mecânica Corporal

Deambula Deambula com apoio Senta no leito Senta fora do leito

Restrito

Pratica exercícios físicos Sedentária

Classificação do risco de queda: _____

33. Sexualidade e Reprodução

Gravidez planejada: Sim Não

Gravidez desejada: Sim Não

Gestação Parto Aborto

Nº de filhos vivos

Uso de método contraceptivo: Não Pílula Injetável Preservativo

DIU Implante Outro _____

34. Ambiente (condições de moradia e saneamento, fontes de risco ambiental, exposição a patógenos) _____

35. Cuidado corporal (higiene)

Adequados: Sim Não

Observações: _____

36. Integridade cutaneomucosa (prevenção e controle de lesões e infecção)

Pele íntegra

() Lesão

Localização: _____

Tipo: _____

Classificação do risco de Lesão por Pressão (LPP) – Braden = _____

() Sem risco () Baixo () Moderado () Alto

Dispositivos invasivos

() AVP () AVC () Cateter de diálise () CVD () TOT () TQT

37. Regulação térmica, eletrolítica, vascular, hormonal (episódio febril, desequilíbrio hídrico, vascular e glicêmico)

() Hidratada () Desidratada

() Afebril () Febril () Febre

38. Percepção tátil ou dolorosa (nível de intensidade da dor – 0 a 10): _____

Localização: _____

39. Terapêutica

Comorbidades: _____

Nível de conhecimento sobre o regime terapêutico:

() baixo () intermediário () alto

Observações: _____

• **Necessidades Psicossociais**

9. Segurança emocional, autoestima e autoimagem (comportamento indicador de ansiedade, fatores estressores, capacidade de lidar com situações que comprometerão a autoimagem, rede de apoio)

() Sinais de ansiedade

() Sinais de medo

() Relato de fatores estressores _____

Rede de apoio: _____

10. Comunicação e socialização (expressões de comunicação, interação em grupo, papéis e relacionamentos) _____

11. Educação à saúde (autocuidado, tabagismo, consumo de drogas lícitas e ilícitas, medicamentos, alergias, imunizações, exames preventivos) _____

12. Recreação e lazer (hábitos e preferências para o bem-estar) _____

• **Necessidades Psicoespirituais**

5. Religião / crenças religiosas: _____

6. Hábitos religiosos: _____

7. Necessidade de apoio psicoespiritual durante a internação: () Sim () Não

X. EXAME FÍSICO

PA: _____ x _____ mmHg_ Membro: _____ T: _____ °C Pulso: _____ bpm FC: _____
 bpm FR: _____ mrpm SaO₂: _____ % Peso: _____ kg Altura: _____ m
 IMC: _____ kg/m² Glicemia capilar: _____ mg/dl

Avaliação neurológica

Nível de consciência: _____

Pupilas: _____

Escala de Glasgow: AO () RV () RM () – total= _____

Escala de Ramsay: _____

Cabeça e Pescoço: _____

Tronco Anterior

Tórax: _____

Respiratório: _____

Cardiocirculatório: _____

Mamas e axilas: _____

Abdômen: _____

Genitourinário: _____

Tronco Posterior

Dorso: _____

Coluna vertebral: _____

Glúteos, ânus e reto: _____

Membros Superiores e Inferiores: _____

Presença de órtese e prótese: _____

Outros dados relevantes e observações do Enfermeiro (a): _____

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Necessidades afetadas: _____

Grau de dependência da Enfermagem: () Total () Parcial () Independente

Enfermeiro(a)/COREN-CE

APÊNDICE H – TECNOLOGIA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM (2ª VERSÃO)



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – MEAC
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS MATERNA - UCIM



**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO CICLO
GRAVÍDICO-PUERPERAL EM CUIDADOS INTENSIVOS**

Data atual: _____ Data da Internação: _____ Motivo da internação: _____

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Prontuário: _____ Leito: _____

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS			
OXIGENAÇÃO			
1 () () Prioritário	Padrão respiratório ineficaz: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Prejuízo musculoesquelético <input type="checkbox"/> Prejuízo neurológico <input type="checkbox"/> Prejuízo neuromuscular	<input type="checkbox"/> Batimento de asa do nariz <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Ortopneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Padrão respiratório anormal	Assistência ventilatória <input type="checkbox"/> Manter via aérea pérvia <input type="checkbox"/> Posicionar para facilitar a ventilação/perfusão, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Monitorar o estado respiratório e de oxigenação Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Monitorar o fluxo de oxigênio Aspiração de vias aéreas <input type="checkbox"/> Verificar necessidade de aspiração oral e/ou traqueal <input type="checkbox"/> Auscultar os sons respiratórios antes e depois da aspiração <input type="checkbox"/> Monitorar e atentar à coloração, quantidade e consistência da secreção

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
			<p>Controle da ventilação mecânica</p> <ul style="list-style-type: none"> () Monitorar para a detecção de condições que indiquem a necessidade de suporte ventilatório () Monitorar rotineiramente ajustes do ventilador <p>Controle da dor</p> <ul style="list-style-type: none"> () Assegurar cuidados analgésicos para o paciente () Controlar fatores ambientais que possam influenciar a resposta do paciente ao desconforto () Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, quando apropriado <p>Posicionamento</p> <ul style="list-style-type: none"> () Monitorar o estado da oxigenação antes e após mudanças de posições () Elevar a cabeceira do leito, conforme apropriado
<p>2 () () Prioritário</p>	<p>Troca de gases prejudicada: () Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão</p>	<ul style="list-style-type: none"> () Batimento de asa de nariz () Diminuição do nível do CO₂ () Dispnéia () Gasometria arterial anormal () Hipercapnia () Hipoxemia () Padrão respiratório anormal 	<p>Monitoração respiratória</p> <ul style="list-style-type: none"> () Auscultar os sons respiratórios, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente e presença de sons adventícios () Monitorar os níveis de saturação de oxigênio continuamente () Monitorar padrões respiratórios <p>Controle de vias aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> () Identificar a paciente que necessite de inserção real/ potencial de via aérea artificial () Remover secreções estimulando a tosse ou aspirando vias aéreas () Monitorar o estado respiratório e a oxigenação, conforme apropriado <p>Oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> () Monitorar o fluxo de oxigênio () Manter a permeabilidade das vias aéreas <p>Controle da ventilação mecânica</p> <ul style="list-style-type: none"> () Monitorar para a detecção de condições que indiquem a necessidade de suporte ventilatório () Monitorar rotineiramente ajustes do ventilador () Monitorar a eficácia da ventilação mecânica sobre o estado fisiológico e psicológico do paciente () Posicionar para facilitar a combinação ventilação/perfusão, conforme apropriado
<p>3 () () Prioritário</p>	<p>Ventilação espontânea prejudicada: () Fadiga da musculatura respiratória</p>	<ul style="list-style-type: none"> () Aumento da FC () Aumento da PCO₂ () Diminuição da PO₂ () Diminuição na SatO₂ 	<p>Monitoração respiratória</p> <ul style="list-style-type: none"> () Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações () Monitorar os níveis de saturação de oxigênio continuamente <p>Controle de vias aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> () Encorajar respiração lenta e profunda; mudança de posição e tosse

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
		<input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Uso aumentado da musculatura acessória	Assistência ventilatória <input type="checkbox"/> Manter via aérea pérvia <input type="checkbox"/> Posicionar para facilitar a ventilação/perfusão, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Monitorar o estado respiratório e de oxigenação <input type="checkbox"/> Auscultar os sons respiratórios, observando áreas de ventilação reduzida ou ausente, e a presença de sons adventícios Controle da ventilação mecânica <input type="checkbox"/> Monitorar para a detecção de condições que indiquem a necessidade de suporte ventilatório
4 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Resposta disfuncional ao desmame ventilatório <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das vias aéreas	<input type="checkbox"/> Desconforto respiratório <input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Aumento da FC <input type="checkbox"/> Aumento da PA <input type="checkbox"/> Aumento da FR <input type="checkbox"/> Deterioração na gasometria arterial em relação aos valores basais <input type="checkbox"/> Respiração abdominal paradoxal <input type="checkbox"/> Respiração agônica (tipo <i>gasping</i>) <input type="checkbox"/> Respiração sem sincronia com o ventilador <input type="checkbox"/> Uso de musculatura acessória respiratória importante	Monitoração respiratória <input type="checkbox"/> Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações <input type="checkbox"/> Monitorar os níveis de saturação de oxigênio continuamente Controle de vias aéreas <input type="checkbox"/> Posicionar a paciente modo a maximizar o potencial ventilatório <input type="checkbox"/> Realizar a aspiração endotraqueal ou nasotraqueal, conforme apropriado Controle da ventilação mecânica <input type="checkbox"/> Promover avaliações de rotina para os critérios de desmame <input type="checkbox"/> Monitorar efeitos das mudanças do respirador na oxigenação Desmame da ventilação mecânica <input type="checkbox"/> Monitorar os sinais de fadiga muscular respiratória <input type="checkbox"/> Usar técnicas de relaxamento, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Ficar com o paciente e dar apoio durante as tentativas iniciais de desmame Assistência ventilatória <input type="checkbox"/> Encorajar a respiração lenta e profunda; mudança de posição e tosse <input type="checkbox"/> Orientar técnicas de respiração, conforme apropriado
NUTRIÇÃO			
5 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Deglutição prejudicada: <input type="checkbox"/> Problema de comportamento alimentar	<input type="checkbox"/> Engasgos antes de deglutir <input type="checkbox"/> Ânsia de vômito <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dificuldade para deglutir <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Relata “algo entalado”	Controle da nutrição <input type="checkbox"/> Determinar o padrão nutricional da paciente e a capacidade de atender às necessidades nutricionais Precauções contra aspiração <input type="checkbox"/> Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse, reflexo de vômito e capacidade de deglutição <input type="checkbox"/> Posicionar cabeceira igual ou maior que 30° até 90° ou o mais alto possível <input type="checkbox"/> Manter o equipamento de aspiração disponível

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
			<input type="checkbox"/> Supervisionar ou auxiliar a alimentação, conforme necessário <input type="checkbox"/> Fragmentar os esmagar os comprimidos antes da administração
6 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais: <input type="checkbox"/> Ingestão alimentar insuficiente	<input type="checkbox"/> Alteração no paladar <input type="checkbox"/> Cavidade oral ferida <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Incapacidade percebida de ingestão de alimentos <input type="checkbox"/> Ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada <input type="checkbox"/> Interesse insuficiente pelos alimentos	Controle da nutrição <input type="checkbox"/> Determinar o padrão nutricional da paciente e a capacidade de atender às necessidades nutricionais <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos antes de comer, se necessário Monitoração nutricional <input type="checkbox"/> Monitorar náuseas e vômitos <input type="checkbox"/> Identificar anormalidades no funcionamento do intestino <input type="checkbox"/> Identificar anormalidades na cavidade oral <input type="checkbox"/> Monitorar o estado mental Terapia nutricional <input type="checkbox"/> Determinar a necessidade de alimentação por sonda enteral <input type="checkbox"/> Administrar alimentação enteral, conforme apropriado
7 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Risco de glicemia instável: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Controle ineficaz de medicamentos <input type="checkbox"/> Controle insuficiente do diabetes <input type="checkbox"/> Estresse excessivo <input type="checkbox"/> Gravidez	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Controle da hipoglicemia <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia <input type="checkbox"/> Monitorar os níveis de glicose no sangue, conforme indicado <input type="checkbox"/> Administrar glicose endovenosa, conforme indicado Controle da hiperglicemia <input type="checkbox"/> Administrar insulina conforme prescrito <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia
ELIMINAÇÃO			
8 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Eliminação urinária prejudicada: <input type="checkbox"/> Dano sensorio-motor <input type="checkbox"/> Infecção do trato urinário <input type="checkbox"/> Obstrução anatômica	<input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Retenção urinária <input type="checkbox"/> Urgência urinária <input type="checkbox"/> Urinar com frequência	Controle hídrico <input type="checkbox"/> Manter um registro preciso de ingestão e eliminação <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico <input type="checkbox"/> Inserir cateter urinário, se apropriado <input type="checkbox"/> Monitorar o estado de hidratação <input type="checkbox"/> Monitorar resultados laboratoriais Controle da eliminação urinária <input type="checkbox"/> Monitorar eliminação urinária <input type="checkbox"/> Monitorar quanto a sinais e sintomas de retenção urinária Sondagem vesical <input type="checkbox"/> Colocar a bolsa de drenagem abaixo do nível da bexiga

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
			() Manter um sistema de drenagem urinária fechado e sem obstruções
9 () () Prioritário	Constipação: () Alteração nos hábitos alimentares () Ingestão de líquidos insuficiente () Mudança ambiental recente	() Abdome distendido () Dor abdominal () Esforço para evacuar () Incapacidade de defecar () Mudança no padrão intestinal	Controle de Constipação () Monitorar quanto aos sinais e sintomas de constipação () Monitorar os ruídos hidroaéreos () Encorajar o aumento da ingestão de líquidos () Administrar enema ou irrigação, conforme apropriado Controle intestinal () Observar e registrar data da última evacuação
10 () () Prioritário	Diarreia: () Alimentação enteral () Infecção () Regime de tratamento	() Cólicas () Dor abdominal () Evacuações de fezes líquidas, > 3 em 24 horas () Urgência intestinal	Controle da diarreia () Identificar fatores capazes de causar ou contribuir para a diarreia () Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia Controle hídrico () Monitorar o estado de hidratação () Contar ou pesar fraldas, conforme apropriado Monitoração hídrica () Realizar balanço hídrico () Monitorar as membranas mucosas, turgidez da pele e sede
SONO E REPOUSO			
11 () () Prioritário	Distúrbio no padrão de sono: () Barreira ambiental () Padrão de sono não restaurador () Privacidade insuficiente () Imobilização	() Despertar não intencional () Dificuldade para iniciar o sono () Dificuldade para manter o sono () Não se sentir descansado	Melhora do sono () Monitorar o padrão de sono () Ajustar o ambiente para promover o sono () Auxiliar a paciente a limitar o tempo de sono durante o dia fazendo atividades que promovam a vigília () Implementar medidas de conforto de massagem, posicionamento e toque afetivo () Ajustar o esquema de administração de medicamentos para sustentar o ciclo de sono/vigília da paciente () Avaliar junto com o médico a necessidade de administração de medicamento
LOCOMOÇÃO			

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
12 () () Prioritário	Risco de quedas: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Mobilidade prejudicada <input type="checkbox"/> Redução da força em extremidade inferior <input type="checkbox"/> Hipotensão ortostática <input type="checkbox"/> Equilíbrio prejudicado	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Prevenção contra quedas <input type="checkbox"/> Identificar os comportamentos e fatores que afetam o risco de quedas <input type="checkbox"/> Identificar as características do ambiente que podem aumentar o potencial de quedas <input type="checkbox"/> Auxiliar durante o caminhar, quando apropriado <input type="checkbox"/> Monitorar a habilidade de se transferir da cama para a cadeira e vice-versa <input type="checkbox"/> Colocar a cama na posição mais baixa Controle do ambiente: segurança <input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas <input type="checkbox"/> Manter cama travada <input type="checkbox"/> Utilizar contenção mecânica, quando apropriado
13 () () Prioritário	Mobilidade física prejudicada: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Força muscular diminuída <input type="checkbox"/> Intolerância à atividade <input type="checkbox"/> Rigidez articular <input type="checkbox"/> Prejuízo musculoesquelético/neuromuscular	<input type="checkbox"/> Amplitude limitada de movimentos <input type="checkbox"/> Dificuldade para virar-se <input type="checkbox"/> Dispneia aos esforços <input type="checkbox"/> Desconforto	Cuidados com o repouso no leito <input type="checkbox"/> Posicionar em alinhamento corporal adequado <input type="checkbox"/> Manter a roupa de cama limpa, seca e sem dobras <input type="checkbox"/> Aplicar dispositivos que evitem a queda plantar <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Usar dispositivos na cama que protejam a paciente Controle da dor <input type="checkbox"/> Fazer uma avaliação abrangente da dor <input type="checkbox"/> Observar para sinais não verbais de desconforto <input type="checkbox"/> Proporcionar o alívio ideal da dor conforme analgesia prescrita Posicionamento <input type="checkbox"/> Utilizar um colchão apropriado <input type="checkbox"/> Utilizar colchão pneumático
INTEGRIDADE CUTANEOMUCOSA			

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
14 () () Prioritário	Integridade da membrana mucosa oral prejudicada: () Estressores () Higiene oral inadequada () Fator mecânico () Infecção () Regime de tratamento () Trauma oral	() Descamação () Desconforto oral () Dor oral () Dificuldade para comer () Exposição à patógeno () Lesão oral () Sangramento	Manutenção da saúde oral () Aplicar lubrificante para umedecer os lábios, conforme necessário Promoção da saúde oral () Monitorar condição da boca da paciente () Auxiliar a paciente na escovação dental () Realizar higiene oral conforme protocolo () Posicionar tubo orotraqueal de modo a evitar tensão sobre a lesão () Trocar fixação de tubo orotraqueal conforme protocolo () Solicitar avaliação do dentista, se necessário
15 () () Prioritário	Integridade da pele prejudicada: () Umidade () Circulação prejudicada () Nutrição inadequada () Excreções () Pressão sobre saliência óssea () Secreções () Punção arterial	() Alteração na integridade da pele () Dor aguda () Hematoma () Sangramento () Vermelhidão	Banho () Retirar o curativo antes do banho diário da paciente, para que a área também possa passar por higiene local com água e sabão, antes de ser realizada a troca do curativo; exceto curativos especiais com duração superior a 24 horas () Realizar banho no leito () Auxiliar no banho de aspersão, conforme apropriado () Lavar os cabelos da paciente conforme necessidade () Monitorar condição da pele Cuidado perineal () Realizar higiene íntima Cuidados com lesões () Monitorar as características das lesões () Medir o leito da lesão () Realizar curativo () Solicitar avaliação da estomaterapeuta
16 () () Prioritário	Risco da integridade da pele prejudicada: FATORES DE RISCO () Umidade () Circulação prejudicada () Nutrição inadequada () Excreções () Pressão sobre saliência óssea () Secreções	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Prevenção de lesão por pressão () Documentar o estado da pele na admissão e diariamente () Utilizar protocolo de prevenção de lesão por pressão da instituição (escala de Braden) () Realizar mudança de decúbito () Monitorar surgimento de áreas avermelhadas () Remover umidade excessiva da pele () Aplicar barreiras protetoras como cremes ou sprays () Manter roupas de camas limpas, secas e sem amassados () Utilizar colchão pneumático

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
	<input type="checkbox"/> Punção arterial		<input type="checkbox"/> Hidratar a pele <input type="checkbox"/> Monitorar para fontes de pressão e atrito <input type="checkbox"/> Realizar proteção de proeminências ósseas com filme transparente <input type="checkbox"/> Colocar dispositivos de alívio de pressão tipo coxim <input type="checkbox"/> Encorajar a paciente a se envolver nas mudanças de posição <input type="checkbox"/> Utilizar equipamentos adequados para manter os calcanhares afastados do leito Banho <input type="checkbox"/> Realizar banho no leito <input type="checkbox"/> Auxiliar no banho de aspersão, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Lavar os cabelos da paciente conforme necessidade <input type="checkbox"/> Monitorar condição da pele Cuidado perineal <input type="checkbox"/> Realizar higiene íntima
17 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Integridade tissular prejudicada: <input type="checkbox"/> Circulação prejudicada <input type="checkbox"/> Estado nutricional desequilibrado <input type="checkbox"/> Mobilidade prejudicada <input type="checkbox"/> Volume de líquido deficiente <input type="checkbox"/> Volume de líquido excessivo <input type="checkbox"/> Umidade <input type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Punção arterial <input type="checkbox"/> Trauma vascular	<input type="checkbox"/> Tecido destruído <input type="checkbox"/> Área localizada quente ao toque <input type="checkbox"/> Dano tecidual <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Vermelhidão	Cuidados com lesões <input type="checkbox"/> Monitorar as características das lesões <input type="checkbox"/> Medir o leito da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo <input type="checkbox"/> Solicitar avaliação da estomaterapeuta
18 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Risco de lesão por pressão: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Forças de cisalhamento <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Nutrição inadequada <input type="checkbox"/> Pele ressecada <input type="checkbox"/> Pressão sobre saliência óssea <input type="checkbox"/> Redução da mobilidade	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Prevenção de lesão por pressão <input type="checkbox"/> Documentar o estado da pele na admissão e diariamente <input type="checkbox"/> Utilizar protocolo de prevenção de lesão por pressão da instituição (escala de Braden) <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Monitorar surgimento de áreas avermelhadas <input type="checkbox"/> Remover umidade excessiva da pele <input type="checkbox"/> Aplicar barreiras protetoras como cremes ou sprays <input type="checkbox"/> Manter roupas de camas limpas, secas e sem amassados <input type="checkbox"/> Utilizar colchão pneumático

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
	<input type="checkbox"/> Sobrepeso/Obesidade <input type="checkbox"/> Alteração na sensibilidade <input type="checkbox"/> Circulação prejudicada <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Imobilização física		<input type="checkbox"/> Hidratar a pele <input type="checkbox"/> Monitorar para fontes de pressão e atrito <input type="checkbox"/> Realizar proteção de proeminências ósseas com filme transparente <input type="checkbox"/> Colocar dispositivos de alívio de pressão tipo coxim <input type="checkbox"/> Encorajar a paciente a se envolver nas mudanças de posição <input type="checkbox"/> Utilizar equipamentos adequados para manter os calcanhares afastados do leito
REGULAÇÃO: TÉRMICA, HORMONAL, NEUROLÓGICA, HIDROSSALINA, ELETROLÍTICA, IMUNOLÓGICA, CRESCIMENTO CELULAR, VASCULAR			
19 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Perfusão tissular periférica ineficaz: <input type="checkbox"/> Agente físico/biológico lesivo	<input type="checkbox"/> Alteração em característica da pele <input type="checkbox"/> Dor nas extremidades <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Pulsos periféricos diminuídos <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar > 3 segundos	Cuidados circulatórios: insuficiência arterial e venosa <input type="checkbox"/> Inspeccionar extremidades para detecção de áreas de calor, vermelhidão, dor ou inchaço <input type="checkbox"/> Realizar avaliação da circulação periférica <input type="checkbox"/> Avaliar edema periférico e pulsos <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Aquecer extremidades <input type="checkbox"/> Implementar tratamento de feridas <input type="checkbox"/> Monitorar o grau de desconforto ou dor Precauções circulatórias <input type="checkbox"/> Não instalar acesso EV ou coletar sangue na extremidade afetada <input type="checkbox"/> Evitar aferir pressão arterial na extremidade afetada
20 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Hipertermia:	<input type="checkbox"/> Pele quente ao toque <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Taquipneia	Regulação da temperatura <input type="checkbox"/> Monitorar a temperatura pelo menos a cada 2 horas <input type="checkbox"/> Instalar um dispositivo de monitoramento contínuo da temperatura central <input type="checkbox"/> Monitorar e registrar sinais e sintomas de hipertermia <input type="checkbox"/> Ajustar a temperatura do ambiente às necessidades da paciente <input type="checkbox"/> Administrar medicamento, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Monitorar cor e temperatura da pele Tratamento da hipertermia <input type="checkbox"/> Aplicar método de resfriamento externo <input type="checkbox"/> Monitorar anormalidades no estado mental <input type="checkbox"/> Monitorar complicações <input type="checkbox"/> Realizar banho no leito com água fria
21 () <input type="checkbox"/>	Hipotermia:	<input type="checkbox"/> Pele fria ao toque <input type="checkbox"/> Tremor pelo frio <input type="checkbox"/> Vasoconstrição periférica	Regulação da temperatura <input type="checkbox"/> Monitorar a temperatura pelo menos a cada 2 horas <input type="checkbox"/> Instalar um dispositivo de monitoramento contínuo da temperatura central

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
Prioritário			<input type="checkbox"/> Monitorar e registrar sinais e sintomas de hipotermia <input type="checkbox"/> Ajustar a temperatura do ambiente às necessidades da paciente <input type="checkbox"/> Utilizar cobertores de aquecimento <input type="checkbox"/> Monitorar cor e temperatura da pele Tratamento da hipotermia <input type="checkbox"/> Remover roupas molhadas <input type="checkbox"/> Monitorar complicações <input type="checkbox"/> Realizar banho no leito com água morna
22 () () Prioritário	Risco de desequilíbrio eletrolítico: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Disfunção renal <input type="checkbox"/> Disfunção da regulação endócrina <input type="checkbox"/> Regime de tratamento <input type="checkbox"/> Sangramento	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Controle da hipovolemia <input type="checkbox"/> Monitorar evidências de desidratação <input type="checkbox"/> Monitorar as fontes de perdas de fluidos <input type="checkbox"/> Monitorar evidências laboratoriais para perda sanguínea Controle da hipervolemia <input type="checkbox"/> Monitorar o padrão respiratório para sintomas do edema pulmonar <input type="checkbox"/> Monitorar edema periférico <input type="checkbox"/> Manter cabeceira da cama elevada <input type="checkbox"/> Preparar a paciente para diálise Controle hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar resultados de exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Monitorar o estado hemodinâmico <input type="checkbox"/> Usar bomba de infusão <input type="checkbox"/> Monitorar ingestão e eliminação <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar o estado nutricional <input type="checkbox"/> Providenciar e administrar hemocomponentes e/ou hemoderivados Monitoração hídrica <input type="checkbox"/> Manter infusão endovenosa adequada <input type="checkbox"/> Instituir restrição de líquidos <input type="checkbox"/> Estabelecer possíveis fatores de risco para desequilíbrio de líquidos <input type="checkbox"/> Monitorar membranas mucosas, turgidez da pele e sede
23 () () Prioritário	Volume de líquidos excessivo: <input type="checkbox"/> Entrada excessiva de líquidos <input type="checkbox"/> Mecanismo de regulação	<input type="checkbox"/> Anasarca <input type="checkbox"/> Alteração na pressão arterial <input type="checkbox"/> Congestão pulmonar	Controle da hipervolemia <input type="checkbox"/> Monitorar o padrão respiratório para sintomas do edema pulmonar <input type="checkbox"/> Monitorar edema periférico

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
	comprometidos	<input type="checkbox"/> Desequilíbrio eletrolítico <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Alteração no padrão respiratório <input type="checkbox"/> Aumento da pressão venosa central (PVC) <input type="checkbox"/> Derrame pleural <input type="checkbox"/> Hematócrito diminuído <input type="checkbox"/> Hemoglobina diminuída	<input type="checkbox"/> Manter cabeceira da cama elevada <input type="checkbox"/> Preparar a paciente para diálise Controle hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar resultados de exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Monitorar o estado hemodinâmico <input type="checkbox"/> Usar bomba de infusão <input type="checkbox"/> Monitorar ingestão e eliminação <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar o estado nutricional <input type="checkbox"/> Providenciar e administrar produtos do sangue Monitoração hídrica <input type="checkbox"/> Manter infusão endovenosa adequada <input type="checkbox"/> Instituir restrição de líquidos <input type="checkbox"/> Estabelecer possíveis fatores de risco para desequilíbrio de líquidos <input type="checkbox"/> Monitorar membranas mucosas, turgidez da pele e sede
24 () () Prioritário	Volume de líquidos deficiente: <input type="checkbox"/> Perda ativa de volume de líquidos <input type="checkbox"/> Barreira ao acesso de líquidos <input type="checkbox"/> Ingestão de líquidos insuficiente <input type="checkbox"/> Agente farmacêutico <input type="checkbox"/> Desvios que afetam a ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Desvios que afetam a absorção de líquidos	<input type="checkbox"/> Alterações do turgor da pele <input type="checkbox"/> Diminuição do turgor da língua <input type="checkbox"/> Aumento da FC <input type="checkbox"/> Diminuição da PA <input type="checkbox"/> Aumento na concentração urinária <input type="checkbox"/> Diminuição do débito urinário <input type="checkbox"/> Membranas mucosas ressecadas <input type="checkbox"/> Pele ressecada <input type="checkbox"/> Sede <input type="checkbox"/> Hematócrito aumentado	Controle da hipovolemia <input type="checkbox"/> Monitorar evidências de desidratação <input type="checkbox"/> Monitorar as fontes de perdas de fluidos <input type="checkbox"/> Monitorar evidências laboratoriais para perda sanguínea Controle hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar resultados de exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Monitorar o estado hemodinâmico <input type="checkbox"/> Usar bomba de infusão <input type="checkbox"/> Monitorar ingestão e eliminação <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico <input type="checkbox"/> Monitorar o estado nutricional <input type="checkbox"/> Providenciar e administrar produtos do sangue Monitoração hídrica <input type="checkbox"/> Manter infusão endovenosa adequada <input type="checkbox"/> Instituir restrição de líquidos <input type="checkbox"/> Estabelecer possíveis fatores de risco para desequilíbrio de líquidos <input type="checkbox"/> Monitorar membranas mucosas, turgidez da pele e sede

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
25 () () Prioritário	Dor aguda: () Agentes lesivos: biológicos, psicológicos, físicos	() Expressão facial de dor () Posição para aliviar a dor () Relato verbal de dor () Alteração no parâmetro fisiológico () Comportamento expressivo	Controle da dor () Avaliar a dor quanto (localização, características, duração, frequência, qualidade, intensidade e fatores precipitantes) () Observar para pistas não verbais de desconforto () Controlar fatores ambientais que possam influenciar a resposta do paciente ao desconforto () Proporcionar um alívio ideal da dor com o uso dos analgésicos prescritos () Utilizar técnicas não farmacológicas de alívio da dor () Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor
26 () () Prioritário	Risco de infecção: FATORES DE RISCO () Procedimentos invasivos () Alteração da integridade da pele () Desnutrição () Doença crônica () Imunossupressão () Leucopenia	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Controle de infecção () Lavar as mãos antes e após procedimentos () Trocar acessos venosos periféricos conforme protocolo da instituição () Realizar curativos () Trocar curativo de acesso venoso central Proteção contra infecção () Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e localizados de infecção () Manter as técnicas de isolamento () Inspecionar condição de incisões cirúrgicas e feridas Cuidados com o local de incisão () Monitorar a incisão para detecção de sinais e sintomas de infecção Cuidados pós-parto () Monitorar lóquios para cor, quantidade, odor e presença de coágulos () Realizar cuidados perineais Cuidados com sondas/drenos () Avaliar diariamente junto com equipe multiprofissional necessidade de manter sondas e drenos () Manter sonda/dreno pÉrvia(o) () Manter recipiente de drenagem no nível adequado () Fixar sonda/dreno para prevenir a pressão e remoção acidental () Monitorar quanto à quantidade, cor e consistência da drenagem a partir da sonda/dreno () Inspecionar a área ao redor do local de inserção da sonda/dreno quanto à vermelhidão e ruptura da pele

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
27 () () Prioritário	Risco de aspiração: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Tosse ineficaz <input type="checkbox"/> Alimentação enteral <input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada para deglutir <input type="checkbox"/> Nível de consciência diminuído <input type="checkbox"/> Presença de sonda oral/nasal <input type="checkbox"/> Regime de tratamento	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Precauções contra aspiração <input type="checkbox"/> Monitorar o nível de consciência, reflexo de tosse, reflexo de vômito e capacidade de deglutição <input type="checkbox"/> Posicionar a cabeceira da cama de 30° a 45° <input type="checkbox"/> Manter o balonete traqueal insuflado <input type="checkbox"/> Manter o equipamento de aspiração disponível <input type="checkbox"/> Supervisionar a alimentação ou auxiliar, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Verificar o posicionamento da sonda antes da alimentação <input type="checkbox"/> Realizar aspiração traqueal, conforme apropriado
28 () () Prioritário	Risco de choque: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Hipovolemia <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Complicação pós-parto <input type="checkbox"/> Alergia medicamentosa	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Prevenção do choque <input type="checkbox"/> Inserir e manter acesso EV de grande calibre <input type="checkbox"/> Manter monitorização hemodinâmica contínua Precauções contra sangramento <input type="checkbox"/> Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente <input type="checkbox"/> Administrar hemocomponentes ou hemoderivados, conforme apropriado Redução do sangramento: útero pós-parto <input type="checkbox"/> Observar características dos lóquios <input type="checkbox"/> Monitorar a coloração, nível de consciência e dor maternos <input type="checkbox"/> Manter vigilância pós-parto rigorosa do estado materno Controle de alergias <input type="checkbox"/> Identificar e documentar alergias conhecidas no prontuário clínico <input type="checkbox"/> Colocar pulseira identificadora de alergia <input type="checkbox"/> Monitorar paciente quanto a reações alérgicas
29 () () Prioritário	Risco de sangramento: FATORES DE RISCO <input type="checkbox"/> Complicação pós-parto <input type="checkbox"/> Regime de tratamento	AVALIAR PRESENÇA DE FATORES DE RISCO	Prevenção do choque <input type="checkbox"/> Inserir e manter acesso EV de grande calibre <input type="checkbox"/> Manter monitorização hemodinâmica contínua Precauções contra sangramento <input type="checkbox"/> Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente <input type="checkbox"/> Administrar hemocomponentes ou hemoderivados, conforme apropriado Redução do sangramento: útero pós-parto <input type="checkbox"/> Observar características dos lóquios <input type="checkbox"/> Monitorar a coloração, nível de consciência e dor maternos <input type="checkbox"/> Manter vigilância pós-parto rigorosa do estado materno

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
SEGURANÇA			
30 () () Prioritário	Medo / Ansiedade: () Hospitalização () Sintomas relacionados à doença () Regime de tratamento	() Apreensão () Estado de agitação () Sensação de medo () Sensação de pânico () Estímulos entendidos como ameaça	Apoio emocional () Discutir a experiência emocional com a paciente () Explorar com a paciente o que desencadeou o sentimento () Fazer declarações compreensivas e empáticas () Ouvir e encorajar a expressão de sentimentos e crenças Melhora do enfrentamento () Avaliar a compreensão da paciente sobre o processo da doença () Usar uma abordagem calma e tranquilizadora () Encorajar o uso de recursos espirituais Aumento da segurança () Propiciar um ambiente livre de ameaças () Explicar todos os exames e procedimento à paciente () Responder com honestidade às perguntas sobre o estado de saúde Redução da ansiedade () Oferecer informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico () Escutar o paciente com atenção () Criar uma atmosfera para facilitar a confiança
31 () () Prioritário	Conforto prejudicado: () Estímulos ambientais nocivos () Privacidade insuficiente () Sintomas relacionados à doença () Regime de tratamento	() Ansiedade () Choro () Incapacidade de relaxar () Inquietação () Irritabilidade () Alteração no padrão de sono () Desconforto com a situação () Medo	Redução da ansiedade () Utilizar abordagem calma e tranquilizadora () Explicar todos os procedimentos () Oferecer informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico () Escutar o paciente com atenção () Criar uma atmosfera para facilitar a confiança Melhora do sono () Ajustar o ambiente para promover o sono () Implementar medidas de conforto de massagem, posicionamento e toque afetivo Controle do ambiente: conforto () Evitar interrupções desnecessárias e permitir o período de repouso () Criar um ambiente calmo e acolhedor () Determinar a causa do desconforto

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
			<input type="checkbox"/> Posicionar paciente para facilitar o conforto
ORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO			
32 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Confusão aguda: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Agente farmacêutico <input type="checkbox"/> Alteração na função cognitiva <input type="checkbox"/> <i>Delirium</i> <input type="checkbox"/> Infecção	<input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Alteração na função cognitiva <input type="checkbox"/> Alteração na função psicomotora <input type="checkbox"/> Alucinações <input type="checkbox"/> Alteração no nível de consciência	Controle do delírio <input type="checkbox"/> Identificar fatores etiológicos que causam delírio <input type="checkbox"/> Monitorar o estado neurológico continuamente <input type="checkbox"/> Reconhecer os medos e os sentimentos da paciente <input type="checkbox"/> Encorajar a visita de familiares <input type="checkbox"/> Remover estímulos sensoriais excessivos, quando possível <input type="checkbox"/> Utilizar restrições físicas, conforme necessário <input type="checkbox"/> Informar a paciente sobre pessoa, lugar e tempo
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIOSA OU TEOLÓGICA, ÉTICA OU DE FILOSOFIA DE VIDA			
33 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Religiosidade prejudicada: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Insegurança <input type="checkbox"/> Medo da morte <input type="checkbox"/> Sofrimento espiritual <input type="checkbox"/> Doença	<input type="checkbox"/> Verbalização congruente com sentimento de falta de fé <input type="checkbox"/> Expressões verbais negativas	Apoio espiritual <input type="checkbox"/> Usar ferramentas para monitorar e avaliar o bem-estar espiritual <input type="checkbox"/> Tratar o indivíduo com dignidade e respeito <input type="checkbox"/> Orar com a paciente <input type="checkbox"/> Encorajar o uso de recursos espirituais <input type="checkbox"/> Expressar empatia pelos sentimentos da paciente
34 () <input type="checkbox"/> Prioritário	Sofrimento espiritual: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Morte iminente <input type="checkbox"/> Estressores <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Mudança ambiental	<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Questionamento do sentido do sofrimento <input type="checkbox"/> Questionamento do sentido da	Apoio espiritual <input type="checkbox"/> Usar ferramentas para monitorar e avaliar o bem-estar espiritual <input type="checkbox"/> Tratar o indivíduo com dignidade e respeito <input type="checkbox"/> Orar com a paciente <input type="checkbox"/> Apoiar a mulher que precisa de ajuda em suas preces <input type="checkbox"/> Encorajar o uso de recursos espirituais

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	AVALIAÇÃO: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/AÇÕES DE ENFERMAGEM E APRAZAMENTO
	<input type="checkbox"/> Regime de tratamento	vida <input type="checkbox"/> Aceitação inadequada <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Desesperança <input type="checkbox"/> Sofrimento percebido	<input type="checkbox"/> Expressar empatia pelos sentimentos da paciente Apoio emocional <input type="checkbox"/> Discutir a experiência emocional com a paciente <input type="checkbox"/> Explorar com a paciente o que desencadeou o sentimento <input type="checkbox"/> Fazer declarações compreensivas e empáticas <input type="checkbox"/> Ouvir e encorajar a expressão de sentimentos e crenças

Espaço para acréscimo de Diagnósticos de Enfermagem e intervenções a critério do Enfermeiro:

Espaço para os registros / observações da Enfermagem (Técnicos de Enfermagem)

Enfermeiro prescritor - Assinatura e carimbo

APÊNDICE I – CRONOGRAMA

ETAPAS Janeiro/2020 a Dezembro/2020	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Ajustes do projeto de pesquisa	x	x	x									
Revisão bibliográfica		x	x	x	x							
Submissão Comitê de Ética					x							
Coleta de dados						x	x	x	x	x		
Análise de dados									x	x	x	x
Discussão dos resultados										x	x	x
Elaboração do relatório final												x
Defesa da dissertação												x
Normatização e envio de artigo												x

APÊNDICE J – ORÇAMENTO

ORÇAMENTO DO PROJETO			
1. Material Permanente e Equipamentos			
Item	Quantidade	Valor Unitário	Total R\$
Pendrive 8GB	01	R\$30,00	R\$30,00
Subtotal		R\$30,00	
2. Material de Consumo			
Item	Quantidade	Valor Unitário	Total R\$
Prancheta de Acrílico	02	R\$10,00	R\$20,00
Resmas de Papel A4	01	R\$ 20,00	R\$20,00
Canetas	04	R\$1,50	R\$6,00
Reprodução de Cópias	1500	R\$ 0,15	R\$ 225,00
Impressões	50	R\$0,50	R\$ 25,00
Encadernação	05	R\$ 6,00	R\$ 30,00
Subtotal		R\$ 326,00	
3. Serviços de Terceiros e Encargos			
Item	Quantidade	Valor Unitário	Total R\$
Correção Ortográfica	1	R\$ 150,00	R\$ 150,00
Formatação	1	R\$ 150,00	R\$ 150,00
Tradutor de Inglês	1	R\$ 50,00	R\$ 50,00
Estatístico	1	R\$ 850,00	R\$ 850,00
Subtotal		R\$ 1.200,00	
TOTAL R\$		R\$ 1.556,00	

* O pesquisador se responsabilizou por todos os gastos do orçamento com recursos próprios, sem ônus para a Instituição.